1- Doktorumun yetkisi , gözlemi ve yöntemi altında ,hastalığım veya tıbbi durumum için bana / vekili olduğum hastaya ; aşağıda belirtilen operasyonun veya prosedürün gerçekleştirilmesine yetki veriyorum.

Uygulanacak işlem .....

2- Doktorum aşağıda kısaca belirtilen konularda beni bilgilendirdi

3- a) Önerilen tedavinin amacı ve alternatif tedavi yöntemleri

b) Bu işleme bağlı infeksiyon , skarlaşma (yara izi) hipo veya hiperpigmentasyon (İşlem yerinde deriden daha açık veya deriden daha koyu renk değişikliği)gibi yan etkilerin olabileceği , bazen de beklenen yararın sağlanamayabileceği

c) Önerilen tedavi yapılmazsa ne olabileceği

d) Tedavinin gerekirse belirli aralıklarla tekrarlanabileceği

4- Bu prosedür sırasında , öngörülmeyen şartlar oluşursa , prosedürün natürünün değiştirilebileceği veya başka bir operasyon yapılabileceği anlatıldı.

5- Önerilen tedavinin sonuçları hakkında herhangi bir garantinin olmadığı konusunda bilgilendirildim.

Hastanın Adı Soyadı : Tarih :

Hastanın İmzası : Doktor :

(veya hastanın ebeveyni/yasal temsilcisi)

Tanık :