**HASTANIN Adı ve Soyadı : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Protokol no: Doğum Tarihi : _ _ /_ _ /**

Adresi : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

***ve kabul ettim.***

***Bu "aydınlanmış onam formunda" tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. Allerji deri testlerini hiçbir baskı***

***altında kalmadan kendi rızamla OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM .*** **Tarih:** _ _ . _ _ . 20_
***Saat: ..... : .....***

(Lütfen adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız).

**HASTANIN ADI VE SOYADI :** . . . . . **HASTA YAKINI ()ADI VE SOYADI**: . . . . . .

**HASTANIN İMZASI :** . . . . . **İMZASI :**. . . . . .

**BİLGİLENDİRİLMEYİ YAPAN** Adı ve Soyadı : . . . . . .

İmzası : . . . . . .