HASTANIN

Adı ve Soyadı :
T.C. Numarası :
Kayıt (protokol) numarası :
Doğum tarihi (gün/ay/yıl) :
Adresi :
Telefon numarası :
Başvuru tarihi/Saat :
Hastalığın tanısı/ön tanısı :

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

(Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).

Ad-Soyad ve Telefon Numaraları
1- . . . . . .
. . .
2- . . . . . .
. . .

SORUMLU HEKİMİN
Adı-Soyadı : .. . .
Uzmanlık alanı : . . . . . .

BU FORM ve EKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER AŞAĞIDADIR, LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ...
Bize başvurmanıza neden olan şikayetleriniz, muayene ve laboratuvar tetkikleriniz ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda size/hastanıza Burundan Sinüs Cerrahisi operasyonu uygulama gerekliliği doğmuştur. Bu tedavi ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmanızı istiyoruz. Bu bilgilere sahip olmak en doğal hakkınız olup, tedaviden en üst düzeyde yararlanabilmeniz ve tedaviniz için katılımcı olabilmeniz için aşağıdaki bilgilendirmeleri mutlaka okuyunuz ve anlamadığınız yerleri mutlaka hekiminize danışınız. Tedavinin size sağlayacağı faydaları ve tedavi esnasında az da olsa görülebilecek olan riskler hakkında bilgi sahibi olduktan sonra bu tedaviye bilinçli bir şekilde rıza göstermek veya tedaviyi reddetmek tamamen sizin kararınıza bağlıdır. Vermiş olduğunuz karar doğrultusunda tedaviniz yönlendirilecektir. Bu belge, tedavi hakkındaki genel bilgileri, tedaviye rıza gösterdiğinizi veya göstermediğinizi yahut da verdiğiniz rızayı geri çekmeyi tanımlayan 4 (dört) bölümden oluşmaktadır.

Size önerdiğimiz bu tedavi şeklini **kabul etmemeniz** durumunda bu belgenin **üçüncü bölümünü** mutlaka doldurmanız gereklidir.

Önerilen tedavi için onam (rıza) belgesini imzalasanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkı da sizde saklıdır. Fakat; unutmamalısınız ki, “yasal açıdan” onamınızı tedavi başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır. Tedavi ile ilgili verdiğiniz **onamı geri çekmeniz** durumunda bu belgenin **dördüncü bölümünü** mutlaka doldurmanız gereklidir.

NOT: Hastanın bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir ve onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır

<u>BİRİNCİ BÖLÜM:</u> HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Planlanan ameliyat: Burun ve paranazal sinüslerin enflamatuar hastalıklarının ve/veya anatomik varyasyonlarının transnazal (endoskopla veya onsuz) ve/veya eksternal cerrahisi Burun ve burun çevresindeki hava boşluklarının (sinüslerin) iltihabi hastalıklarının (sinüzit) ve/veya yapısal bozukluklarının burun yoluyla (endoskopla veya onsuz) ve/veya dışarıdan kesi ile cerrahi tedavisi.

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda teşhis edilen sinüzit hastalığınızın (burun çevresindeki hava boşluklarının iltihabi hastalığı) verilen ilaç tedavileriyle geçmediği ve/veya komplikasyonlara (ek sorunlara) neden olduğu ve/veya burun ve sinüslerde yapısal bozukluk olduğu saptanmış ve bu ameliyatın gerekli olduğu kararına varılmıştır. Burun çevresindeki hava boşluklarının (sinüslerin) iltihabı olarak bilinen sinüzit hastalığınızın verilen ilaç tedavileriyle düzelmediği ve/veya komplikasyona neden olduğu ve/veya burun ve sinüslerin yapısal bozukluğunun da olduğu yapılan muayene ve tetkikler sonrasında anlaşılmıştır. Bilindiği gibi bu hastalık(lar) komplikasyon yapmadıkları sürece, genellikle kişinin genel sağlığını, hayatını tehdit eden bir sorun değildir. Ancak neden olduğu şikayetler, ömür boyu sizin hayat kalitenizi olumsuz etkileyecektir. Bu aşamadan sonra bu hastalığınızın tedavisi ancak ameliyat ile mümkün olabilir. Bununla birlikte ender de olsa (riski sinüzitin yerleştiği bölgeye ve şiddetine göre değişmek üzere), ileriki dönemlerde hayatınızı tehdit edecek sorunlara neden olması da mümkündür.

Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde yapılacağı ve dikkat edilmesi gereken hususlar:

Ameliyat, hastanemizin uzman hekimi tarafından gerçekleştirilecektir. Tüm ameliyatlar, hastanemiz ameliyathanesinde, ameliyata ve hasta talebine bağlı olarak bölgesel ya da genel (narkoz) anestezi altında yapılmaktadır. Genel anesteziye (narkoz) ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi uzmanı ile görüşebilirsiniz. Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir.

Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttırabilecek ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde ameliyat yapılamaz. Ameliyat büyük bir ihtimalle teşhisinizde kullanılan endoskoplar (ışık taşıyıcı aletler) ile burun içinden yapılacaktır. Hastalığın yaygınlığına ve yerleşimine göre veya ameliyat sırasındaki olası bir gelişmeye göre dışarıdan kesi ihtimali de vardır. Bu kesi yanak veya dudak içinde görülmez bir bölgede olabileceği gibi, burun kenarı, göz iç ve/veya üst kısmı ile kaş içi/arası gibi dıştan görünür bir yerde de olabilir. Ameliyat sonunda genellikle buruna sünger şeklinde bir tampon konulur.

Ameliyat sonrası temel amaç; şikâyetlerinizin sizi rahatsız etmeyecek dereceye düşürülmesidir. Tabii ki tamamen geçmesi esas arzu edilen durumdur ama bu her zaman mümkün olmayabilir. Hastalığınızın şiddeti ve yerleşimine bağlı olarak ameliyatın başarı şansı değişmekle birlikte, altta alerji ve benzeri bir sistemik hastalık yoksa genellikle başarı oranı yüksektir. Ancak bu oran özellikle polip denilen burunda üzüm salkımı şeklinde et gelişen hastalarda daha düşüktür. Bu durumda mükerrer ameliyatlar ve ameliyat sonrası ek tetkik ve tedaviler gündeme gelebilir. Ameliyat başarı şansınızın artması için ameliyat sonrası pansumanlarınızı düzenli yaptırmanız ve doktorunuzun önerilerini yerine getirmeniz (örneğin sigara içiminin sonlandırılması gibi) çok önemlidir. Ameliyat sonrası tam iyileşme birkaç haftayı bulabilir. Bazen ameliyatta çıkarılan doku örnekleri patolojiye (mikroskopla incelenemeye) gönderilebilir. Ameliyat sonrası birkaç gün burnunuzdan hafif kanlı salgı gelebilir ve ağrı kesici almanızı gerektirecek kadar ağrınız olabilir. Ameliyattan sonraki 3–5 gün süre ile burundaki tamponlar alınana kadar sulu ve yumuşak gıda yemeniz ve bol su içmeniz gerekli olabilir. Yine doktorunuz size izin verene kadar burnunuzu basınçla sümkürmemelisiniz. Ayrıca eğer sigara içiyorsanız ameliyat sonrası dönemde mümkünse tümüyle, değilse en azından birkaç hafta sigara içmemeniz önerilir. İşlemden sonra 4-5 gün kadar evde istirahat etmeniz gereklidir. Bu ameliyatın başarısı ameliyat kadar, sonrasında kullanacağınız ilaç tedavisine (bazen uzun süreli) ve ameliyat sonrası pansumanlara da bağlıdır. Bu nedenle kesinlikle doktorunuzun önerdiği tedaviyi ve pansumanları aksatmayınız. Çocuk hastalarda bu pansumanların bazen narkoz altında yapılma zorunluluğu doğabilir.

Tıbbi müdahalenin muhtemel komplikasyonları (yan etkileri):

Bölgesel ve genel (narkoz) anestezi esnasında kullanılan ilaçlara ve anestezi işleminin kendisine bağlı olarak birçok risk ortaya çıkabilir. Bu riskler:

Akciğerin küçük alanlarında ortaya çıkabilecek sönmelere/çökmelere bağlı olarak artmış akciğer enfeksiyonu riski. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.

· Ameliyat pozisyonuna bağlı olarak el ve ayakta hareket kısıtlılığı ve güçsüzlük (düşük el, düşük ayak) oluşması.

· Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu). Bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir. Bu risk özellikle 50 yaş üstü hastalarda daha fazladır.

· Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.

· Anesteziden kaynaklanabilen ölüm.

· Kilolu hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

· Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

Uygulanan ameliyata bağlı olarak birçok risk ortaya çıkabilir. Bu riskler:

· **Sık görülebilen yan etkiler**: Sızıntı şeklinde kanama, göz çevresinde kanama morarma, ameliyat sahasında nedbe ve yapışıklık oluşması (ikinci bir ameliyat ile tamir gerekebilir), burun tıkanıklığı, yüzde ve başta ağrı, yüz ve göz çevresinde şişlik, eğer dışarıdan kesi yapılmış ise nedbe izi

· **Nadir görülebilen yan etkiler:** Tekrar müdahale gerektirecek kanama, çift görme (geçici veya kalıcı), gözyaşı kanalı hasarına bağlı sulanma (geçici olabileceği gibi, ikinci bir müdahale de gerekebilir), ameliyat sahasında burun ve sinüslerde iltihap, geçici tat ve koku alma bozukluğu, çocuk hastalarda yüz ve damak gelişim bozukluğu

· Çok nadir görülebilen yan etkiler: Ölümcül kanama, kalıcı tat ve koku alma bozukluğu, kısmi veya tam görme kaybı, beyin zarı zedelenmesi, burundan beyin-omurilik sıvısı kaçağı, beyin zarı iltihabı (menenjit), beyin apsesi, şuur kaybı, ölüm. Tüm bu ciddi sorunların görülme riski %1'den azdır.

Diğer tedavi seçenekleri: Tarafınıza önerilmiş olan tedavi/ameliyat, hekiminiz tarafından güncel tıp literatürüne göre size en uygun seçenek olduğu için tarafınıza önerilmiştir. Ne yazık ki hastalığınızın tedavisi için etkinliği bu kadar fazla olan alternatif bir yöntem bulunmamaktadır. Daha önceden de uygulanan tedaviler (antibiyotik tedavileri, oral ve nazal steroidler, tuzlu su uygulaması vb.; alerji tedavisi; çevresel faktörlerin kontrol altına alınması) daha düşük başarı ihtimali ile tekrar uygulanabilir. Diğer tedavi seçeneklerinin, en fazla fayda göreceğiniz tedaviler olmayacağı, tarafınıza önerilen alternatif tedavilerin çok geniş bir yelpaze içerisinde risk ve sonuçları olabileceği göz önünde tutulmalıdır. Tarafınıza önerilen alternatif tedaviler ile ilgili olarak, söz konusu tedavi için hazırlanmış olan benzer formu talep etmenizi rica ederiz.

Tıbbi müdahaleyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek riskler:

Tanı amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak kesin tanının gecikmesi, hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Tedavi amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır. Bu girişimi kabul etmemeniz durumunda sinüzitin ve/veya yapısal bozuklukların başka bir tedavi ile geçmesi mümkün değildir. Her ne kadar bu sorunların sizin hayatınızı tehdit edecek boyutlara ulaşması çok ender olsa da tamamen ihtimal dışı değildir. Bu nedenle tedavi olmamanız durumunda sinüzitin nerede yerleştiğine ve şiddetine bağlı olarak risk değişmekle birlikte, iltihabın beyin zarına, beyine ve kana ulaşması ile hayatı tehdit eden durumlar ortaya çıkabilir. Yine bu kadar ciddi olmasa da iltihap göz yapılarına ve/veya çevredeki kemiklere ulaşarak körlüğe kadar varabilen ciddi sorunlara neden olabilir.

Zaten bu komplikasyonlardan biri olmuş ise ameliyat zorunludur. Bunların da ötesinde tedaviyi kabul etmemeniz durumunda var olan şikâyetleriniz ömür boyu devam edecek ve muhtemelen sizin yaşam kalitenizi giderek daha fazla bozacaktır.

Ek olarak sinüslerinizdeki bu iltihap odağının kulaklarınızı, alt solunum yollarınızı ve akciğerlerinizi etkileyerek, bu bölgelerde de iltihaplara neden olması veya var olan iltihapları daha da olumsuz etkilemesi mümkündür.

Kullanılacak ilaçları önemli özellikleri:

Ameliyat sırasında verilen narkoz ilaçlarının akciğer kalp beyin böbrek ve karaciğer gibi organlar üzerinde toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle **ÖLÜM TEHLİKESİ** ortaya çıkabilir. Ameliyat öncesinde ve sonrasında, tedavi gördüğünüz klinikte verilen ilaçların, ilaca bağlı olarak çok çeşitli toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle **ÖLÜM TEHLİKESİ** dâhil olmak üzere birçok etki ortaya çıkabilir.

Sağlığınız için kritik olan yaşam tarzı önerileri:

Sigara, daha kısa ve daha düşük kaliteli bir yaşam süresine neden olur. Sigara içmek, tedavinin/ameliyatın başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri daha fazladır, anestezi nedeniyle ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız, tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:

Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz. Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her

türlü bilgiyi almak üzere ..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum.

İKİNCİ BÖLÜM :ONAM (RIZA GÖSTERME)
Yapılacak tedavi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konularla ilgili olarak sorumlu hekime sorular sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim kadar açık ve net cevaplar aldım. Tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu yöntemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu "bilgilendirilmiş hasta onam formu" nda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
BU FORMDA TANIMLANAN TEDAVİ YÖNTEMİNİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.
(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız) . . . . . .

Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı : . . . . . .

Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .

Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:

Hasta Adı Soyadı : . . . . . İmza:. . . . . .Tarih/Saat:. . . . . .

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:

Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .

Adresi : . . . . . Telefon no : . . . . . .

Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN (Hastanın Velisi / Yasal vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).

[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba

Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .

Adresi : . . . . . Telefon no : . . . . . .

Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .

[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba

Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .

Adresi : . . . . . Telefon no : . . . . . .

Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .

SORUMLU HEKİM

Adı ve Soyadı : . . . . . .

Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .

TERCÜMAN/ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)

Adı ve Soyadı : . . . . . Tarih/Saat :. . . . . İmza : . . . . . .

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETME

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DE BELİRTİLEN TEDAYİ REDDETME VEYA SONLANDIRMA HAKLARIMIN OLDUĞU BANA ANLATILDI. SONLANDIRDIĞIMDA DOĞABİLECEK SONUÇLAR VE SORUMLULUKLAR HAKKINDA BİLGİLENDİRİLDİM.SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLERİN VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK; BU FORMDA TANIMLANAN TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL ETMİYORUM.
(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız). . . . . .
. . . .
. . . .
. . . . . .
Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:
Hasta Adı Soyadı :.....
İmza:..... Tarih/Saat:.....
HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:
Adı ve Soyadı : . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): .. . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . Telefon no : . . . . . .
Tarih/Saat : . . . . İmza : . . . . . .
. .
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi / Yasal vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . Telefon no : . . . . . .
Tarih/Saat : . . . . İmza : . . . .
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . Telefon no : . . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . .
SORUMLU HEKİM
Adı ve Soyadı : . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
TERCÜMAN/ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)
Adı ve Soyadı : . . . . . .

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME

BU FORMDA TANIMLANMIŞ OLAN TEDAVİ İÇİN . . . . . /. . . ./ . . . . . TARİHİNDE VERMİŞ OLDUĞUM ONAMI, SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLER VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK KENDİ RIZAMLA GERİ ÇEKİYORUM.
Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. .
Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:
Hasta Adı Soyadı :. . . . . .
İmza:..... Tarih/Saat:.....
HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:
Adı ve Soyadı : . . . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): .. ..
Adresi : . . . . . .
. . . . . .
Telefon no : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . .
Telefon no : . . . . . .
. .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı : . . . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . .
Telefon no : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
SORUMLU HEKİM
Adı ve Soyadı : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
TERCÜMAN/ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)

. . . . . . Tarih/Saat : . . . . . İmza :	Adı ve Soyadı : . . . . Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . .