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 : . . . . . .