(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** CERRAHİ AYDINLATILMIŞ BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	

Doküman Kodu: HD.RB.602	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın hasta /hasta yakını;

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmasa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

Hastalığımla ilgili uygulanacak tedavi yöntemi hakkında verilen aydınlatıcı bilgiler, olası riskler ve imzalamış olduğum aydınlatılmış rıza formu dışında, tedavimi yürütecek olan .....'den hastalığımın ne olduğu, hastalığımla ilgili tedavi alternatifleri, uygulanacak cerrahi tedavinin şekli, cerrahi tedavi uygulandığında veya uygulanmadığında ortaya çıkacak her türlü olumlu-olumsuz durumları ve riskleri içeren bilgileri aldık. Sormuş olduğumuz sorulara tatminkar cevap aldık. Tedavi için başka hekimlere veya başka merkezlere de müracaat edebileceğimiz ifade edildi. Hastalığımın tedavisi için tek bir operasyonun yeterli olmayabileceği, birkaç operasyona ihtiyaç duyulabileceği belirtildi. Tedavi teklifini düşünmem ve karar verebilmem için yeterince zaman tanındı. Hastalığımla ilgili her türlü tıbbı girişimlerin Dr. ..... başkanlığında, hemşirelerden oluşan ekip tarafından yürütüleceğini biliyor ve kabul ediyorum. Hastalığımla ve tedavi sürecimle ilgili verilen tüm bilgilerin tarafımdan anlaşılmış olduğunu beyan ediyorum.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını: ▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
İMZASI:

DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "1 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)