(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** COVİD SERVİSİNDE YATAN HASTALARIN REFAKAT İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM VE RIZA BEYAN FORMU	

Doküman Kodu: HD.RB.590	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Hastanın Adı, Soyadı: Randevu Tarih ve Saati:
Doğum Tarihi: Dosya no:
Cinsiyeti:

Coronavirüs enfeksiyonu (COVİD19) şüphesi nedeniyle yapılan fizik muayene ve tetkikler sonucunda BENİM coronavirüs test sonucumun POZİTİF /NEGATİF olduğu, YAKINIMIN coronavirüs test sonucunun ise POZİTİF/NEGATİF saptandığı tarafıma bildirildi. Yakınımının izolasyon şartları sağlanarak takip ve tedavisinin devam edeceği söylendi.

COVİD19 enfeksiyonunun salgın şeklinde olduğu ve bulaştırıcılığının yüksek olduğu anlatıldı. Bulaştırıcılık durumunda ortaya çıkabilecek olası durumlar (ATEŞ, ÖKSÜRÜK, NEFES DARLIĞI, GRİBAL SEMPTOMLAR, ORGAN VE SİSTEM TUTULUMLARI , SOLUNUM YETMEZLİĞİ, ÖLÜM) hakkında tarafıma bilgi verildi.

COVİD19 enfeksiyonu nedeniyle yakınımının uygulanacak takip ve tedavi işlemleri süresince yanında refakatçi olarak kalmayı kendi isteğimle kabul ediyor ve onaylıyorum.

HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

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

HASTANIN ADI-SOYADI : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
İMZASI: 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)