Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

AMAÇ: Hasta güvenliğinizi sağlamak için yapılacak tetkikler, tanı, tedaviler ve uygulamalar esnasında oluşabilecek riskler hakkında bilgilenmeniz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra tetkik ve tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

TETKİKLER İÇİN Tanı ve tedavi sürecinde gerekli olan tüm tetkiklerim (kan ve idrar tetkiklerimin yapılmasını, görüntüleme hizmetleri, röntgen, EKG ve bunlar gibi) için gerekli olan işlemlerin yapılmasını hiçbir baskı altında kalmadan, hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim.

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI:

UYGULANACAK TEDAVİLER

A.İLAÇ TEDAVİSİ İÇİN: Yatış öncesi sürekli kullanmam gereken ilaçlar varsa söylemem ve/veya göstermem gerektiği, doktorun uygun görüp yazdığı ilaçlar dışında kendi kararımla ilaç almamam gerektiği, ilaçların dahili (ağızdan alınan) ve/veya harici (enjeksiyon gibi) uygulamalar sonucunda, ilaçların sistemik yan etkileri, alerjik deri reaksiyonları, ilaç etkileşimleri, ilaçların kullanılmaması gereken durumlar konusunda bilgilendirildim

B. FİZİK TEDAVİ İÇİN: Mevcut hastalığınızın tedavisine destek için size fizik tedavi ve/ veya rehabilitasyon uygulanacaktır. Fizik Tedavi insanların daha aktif ve bağımsız, ağrısız olmaları için yapılan ve vücuda dıştan uygulanan bir tedavidir. Hastanemiz de uygulanan fizik tedavi ajanlarımız: Yüzeysel Sıcaklık :Hotpack (Sıcak uygulama,) Coldpack (Soğuk Uygulama,) Enfraruj (Kırmızı Işık) Ultraviyole, Whirpool, Parafin. Derin Sıcaklık: Kısa Dalga Diatermi, Ultrason. Elektro terapi: Tens, Enterferansiyel Akım, Diyadinamik Akım Lazer, Galvanik, Faradik Akım, ESWT (Şok Terapi) Diğer: Vakum Kompresyon Cihaz, Traksiyon. Hekimin uygun gördüğü hastalarda seansların durumu göz önüne alınarak tedavi planı yapılır ve hastalar bilgilendirilir.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Olası riskler cilt kızarıklıkları, hassasiyet, cilt yanıkları, kalp ritim bozuklukları, ciltte aşırı duyarlılık, kan basıncı değişiklikleri, eklem kısıtlılıklarının açılması sırasında yumuşak doku, bağ- kas-tendon hasarlanması - kopması, kırık, alerjik deri reaksiyonları, elektrik çarpmasıdır. Bu komplikasyonlar fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına göre hastalarda literatür bilgisi olarak seyrekte olsa görülebilen komplikasyonlar ve sorunlar olarak nitelendirilmektedir.Bu sebeple hastanemizde gerek tedavi sırasında gerekirse tedavileriniz arasında bu komplikasyonlarla karşılaşma ihtimalimizin olduğunu ve bunu peşinen kabul ettiğimi beyan ederim

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

HASTANIN ONAMI : Başvurmuş olduğum Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğinde doktorum tarafından hastalığımın tanısı ve tedavisi için bazı temel tetkikler ve tedavilere ihtiyaç olduğu, tetkik ve tedaviler sırasında ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlar ve reddettiğimde sağlığımı tehdit edebilecek riskler, yerine uygulanabilecek başka tıbbi yöntemlerin bulunup bulunmadığı, Yatış öncesi sürekli kullanmam gereken ilaçlar varsa söylemem ve/veya göstermem gerektiği, doktorumla paylaşmam konularında, bilgilendirildim.

Fizik Tedavi, Rehabilitasyon Almama Engel, Riskli Olarak Belirtilen: Ateşli hastalıklar, alevli dönemde iltihabi romatizmalı hastalıklar, ağır kansızlık, ağır kalp, karaciğer ve akciğer hastalıkları, kanser ve habis hastalıklar, kanamalı ve kanamaya meyilli hastalıklar, kadınların yoğun adet dönemleri, gebelik ve doğum sonrası ilk dönemler, koroner arter hastalığı, kalp krizi, yakın zamanda kalp anjinispazmı geçirmiş olanlar, kalp pili olanlar, kan basıncı düzensiz (düşük-yüksek) hastalar, yaygın varisler, iltihabi ve tıkayıcı damar hastalıkları, kontrol altına alınmamış insüline bağımlı şeker hastalığı, akut veya kronik idrar yolları ve bağırsak tıkanıklıkları, açık yarası, kanaması, bulaşıcı hastalığı olanlar, 6–12 aydan beri kan sulandırıcı ilaç kullanan yüksek risk faktörüne sahip, serebrevasküler hastalığa bağlı yarım felçli hastalar, epilepsi ve benzeri nöbet geçiren hastalıklar, akıl hastalıkları ve diğer psikolojik rahatsızlıklar ile ilgili olarak belirtilen hastalıklardan engel bir rahatsızlığımı gizlemediğimi, gizlemem durumunda tüm sorumluluğu kabul ettiğimi ve bu tedaviyi almam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadığımı ve tedavi uygulamasına uyacağımı belirtirim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana

yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış ve okumuş bulunmaktayım. Tedaviyi kendi rızam ile kabul ediyorum.

Hastanede yattığım süre içerisinde, şahsım ve/veya refakatçim tarafından genel ahlak kurallarını, hastane kurallarını bozan davranışlarda ve şikayete konu olan davranışlarda bulunmam/bulunmamız söz konusu olursa hastaneden taburcu edilmeyi ve tedavimin bu nedenle yarım kalması halinde olabilecekleri tamamını kabul ediyorum. Hastane içerisindeki her türlü demirbaş ve sarf eşyalarına zarar vermem/vermemiz durumunda bunları maddi olarak karşılayacağımı kabul ediyorum.Tedavi uygulamalarının sonucunda tam ya da kısmi iyileşme garantisinin olmayacağı tarafıma anlatılmıştır. Ayrıca; ilaç, fizik tedavi ve rehabilitasyon, egzersiz, bantlama, enjeksiyon, yardımcı cihaz girişimleriyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek düşme, yanık, ağrıda artış, altta yatan hastalıkta kötüleşme, kırık, nörolojik durumda bozulma, tedaviden fayda görememe, enjeksiyon, basınç yarası ve diğer yaralanmalar, idrar ve dışkı kontrolünün kaybı, alerjik yan etkileri, ilaç yan etkileri, bilinç kaybı, cinsel işlev bozukluğu, yanıcı-batıcı ağrı, uyku bozukluğu, solunum yetmezliği, kalp yetmezliği, ölüm gibi risk ve tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimi beyanla kabul ediyorum.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

TETKİK VE TEDAVİYİ KABUL EDEN

Hastanın veya yakınının Adı-Soyadı.....

İmzası ....Tarih/saat: .....

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak tetkik ve tedavinin amacı ve faydaları, hangi durumlarda tedaviye alınamayacağı, tedavi sonrası beklenen riskler konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, tedaviye yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktorun Adı Soyadı: .....İmzası.....Tarih/saat.....

Doktorun şahidi (kurumda görevli bir personel olması şarttır**)**

Adı-Soyadı ..... İmzası/Tarih: .....