(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** PRAMATÜRE RETİNOPATİSİ TABURCULUĞU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM VE RIZA BEYAN FORMU	

Doküman Kodu: HD.RB.583	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:

.....Tarihinde .....haftada .....gram ağırlığında doğan bebeğimin ..... tarihinde Göz Polikliniğinde pramatüre retinopatisi muayenesi yapılması gerektiği konusunda doktorum tarafından bilgilendirildim.

Bu muayenenin bulunduğum kurumda yapılmadığı konusunda bilgilendirildim.

..... Tarihinde bu kurumun Göz Polikliniğine başvurarak bebeğimin ROP muayenesi yapılacak merkeze sevki için yeşil alan açtırıp sevk evrağı almam konusunda bilgilendirildim.

Bebeğimi kontrole getirmezsem körlük başta olmak üzere çeşitli sorunların olabileceği konusunda doktorum tarafından ayrıntılı olarak bilgilendirildim.

Prematüre bebek retinopatisi nedeniyle bebeğimde oluşabilecek herhangi bir sorunda tüm sorumluluğun bana ait olduğunu ve bebeğimi taburcu etmeyi kendi isteğimle kabul ediyor ve onaylıyorum.

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)