(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** PANDEMİ HASTANESİNDE YATAN HASTALARIN AMELİYAT YAPILMASINA İLİŞKİN BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	

Doküman Kodu: HD.RB.589	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:

Doktorum tarafından , Resmi olarak PANDEMİ (COVİD 19) HASTANESİ' ne yatış yaptığımız bildirildi. Hastam/ben COVİD 19 taşıyıcısı ise ve şuanda herhangi bir bulgu vermese bile , ameliyat sonrası COVİD 19 Hastalığının aktif hale gelebileceği ve ağır/yoğun seyredebiliceği , tarafıma Doktor tarafından açıkça söylendi.

Bu durumu tespit etme şansının şu koşullarda mümkün olmadığı, test yapılsa bile PENCERE DÖNEMİNDE ise COVİD 19 Hastalığının saptanamayacağı, tarafıma Doktor tarafından net bir şekilde anlatıldı. Acil ameliyat olmam/olması gerektiği ve gecikmenin hayati risk yaratabileceği için , bu koşullarda ameliyat edilmesine/edilmeme izin veriyorum.

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 :
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)