(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
RIZA BELGELERİ RET VE GERİ ÇEKME BELGESİ

Doküman Kodu: HD.RB.131	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETME

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DE BELİRTİLEN TEDAYİ REDDETME VEYA SONLANDIRMA HAKLARIMIN OLDUĞU BANA ANLATILDI. SONLANDIRDIĞIMDA DOĞABİLECEK SONUÇLAR VE SORUMLULUKLAR HAKKINDA BİLGİLENDİRİLDİM.SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLERİN VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK;
BU FORMDA TANIMLANAN TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL ETMİYORUM.
(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız). . . . . .
. . . .
. . . .
Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı: . . . . . .
. .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:
Hasta Adı Soyadı:..... İmza:.....
Tarih/Saat:.....
HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:
Adı ve Soyadı: . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): .. . .
Adresi: . . . . . .
Telefon no: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . İmza: . . . . . .
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi / Yasal vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı: . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . .
Adresi: . . . . . .
Telefon no: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . İmza: . . . . . .
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı: . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi: . . . . . .
Telefon no: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
SORUMLU HEKİM
Adı ve Soyadı: . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
TERCÜMAN/ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)
Adı ve Soyadı: . . . . . .
.
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
.

VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME

BU FORMDA TANIMLANMIŞ OLAN TEDAVİ İÇİN . . . . . /. . . . ./ . . . . . TARİHİNDE VERMİŞ OLDUĞUM ONAMI, SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLER VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK KENDİ RIZAMLA GERİ ÇEKİYORUM.
Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı: . . . . . .
.
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:
Hasta Adı Soyadı:. . . . . İmza:.....
Tarih/Saat:.....
HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:
Adı ve Soyadı: . . . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): .. ..
Adresi: . . . . . .
Telefon no: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
.
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı: . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi: . . . . . .
Telefon no: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı: . . . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi: . . . . . .
Telefon no: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
SORUMLU HEKİM
Adı ve Soyadı: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
TERCÜMAN/ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)
Adı ve Soyadı: . . . . . .
.
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
. .