GÖNDEREN POLİKLİNİK BARKODU	TANI:				
TEDAVİ ORDER ALANI (İlacın Uygulama Yolu-Dozu-Süresi-Saati)	TEDAVİ UYGULAYAN SAĞLIK PERSONELİNİN;				
	Uygulanan İlacın Adı	Veriliş Yolu	Dozu	Saati/ Süre	Adı/Soyadı/ İmza
HEKİM İMZA-KAŞE:					

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU:

Ben .....hiçbir baskı altında olmaksızın başvuru nedenim olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli gördükleri muayene ve incelemeleri kendime/hastama hiçbir kısıtlama olmadan yapmak ve uygun gördükleri tetkik ve tedavileri uygulamak üzere Demo Sağlık Tesisi'nde görev yapan tüm doktorlara, sağlık memurları, hemşire vb. tüm sağlık personellerine yetki ve izin vermekteyim. Hastalığım ile ilgili her konuda yapılacak uygulamalar (enjeksiyon, damar yolu açma, infüzyon uygulaması/serum ,aşı vb.) konusunda ve bunların yan etkileri konusunda gerekli bilgiler tarafıma verilmiş olup, yapılmasını istiyorum. Vermiş olduğum onam tüm tıbbi uygulamaları kapsamaktadır. Tedavi seçenekleri ve tedaviyi kabul etmediğimde gelişecek durumlar hakkında bilgiler tarafıma verilmiştir. Tüm yapılacak tedavi ile ilgili işlemleri gerekli gördüğüm her aşamada durdurma hakkımın olduğu tarafıma bildirilmiştir.

Lütfen kendi el yazınızla “Okudum, anladım, kabul ediyorum.” yazarak imzalayınız.

.....

Hasta/Vekil (Yakınlık derecesi) Ad-Soyad :

Tarih/Saat/İmza:

HASTANIN TEDAVİYİ RED ALANI

Olabilecek öngörülebilen veya öngörülemeyen tüm sağlık riskleri, problemleri ve komplikasyonları anlatıldı; anladım. Tüm bu anlatılanlara, kalmamın gerekliliğini bilmeme ve anlamama rağmen, hastaneyi kendi rızamla terk ediyorum / Hastamı çıkarıyorum.

Lütfen kendi el yazınızla “Okudum, anladım, kabul ediyorum.” yazarak imzalayınız.

.....

Hasta/Vekil (Yakınlık derecesi) Ad-Soyad :

Tarih/Saat/İmza: