(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
AMBULANS REFAKATÇİ ONAM FORMU

Doküman Kodu: ASH.FR.050	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Hasta Adı Soyadı:	
Refakatçi Adı Soyadı:	
Refakatçinin T.C. Kimlik No:	
Yakınlık Derecesi:	
Telefon Numarası:	
Ambulans Plakası:	
Tarih:	..... / ..... / .....
Saat:	..... : .....

BİLGİLENDİRME VE ONAM:
Aşağıda belirtilen hususları okuyup anladığımı kabul ediyorum.

1. Ambulans görevlileri tarafından verilen tüm talimatlara uyacağımı,
2. Ambulans seyri sırasında güvenliğim için **emniyet kemeri takacağımı**,
3. Ambulans içinde **sağlık personelinin çalışmalarına müdahale etmeyeceğimi**,
4. Tıbbi gizlilik kapsamında, hastaya ait bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı,
5. Seyir sırasında **cep telefonu kullanımı, video veya fotoğraf çekimi yapmayacağımı**,
6. Ambulans içindeki her türlü ekipman ve malzemenin görevli personel dışında kullanılmayacağını,
7. Ambulansın hareket halindeyken ayağa kalkmamam gerektiğini, aksi durumda doğacak yaralanmalardan **sorumluluğun bana ait olduğunu**,
8. Ambulans personelinin güvenlik gerekçesiyle refakatçi alınmamasına karar verebileceğini kabul ederim.

Refakatçi İmzası: .....
Görevli Sağlık Personeli (Ad–Soyad / İmza): .....