(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİNİ GERİ ÇEKME TUTANAĞI	

Hastanın;

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi(gün/ay/yıl):

Protokol No :

Sayın Hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
• İstediğiniz zaman verdiğiniz rızayı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır.
• Bilgilendirme ve Rıza Belgesini Geri Çekme Tutanağı'nı sizin belirleyeceğiniz bir görüşme tanığının da imzalaması gerekmektedir.
• ……
……Bilgilendirme ve Rıza Belgesi'nde tanımlanan girişimin /tedavinin uygulanması için verdiğim izni, sağlığım açından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla geri çekiyorum.

Hastaya Özel Durumlar:

Alerji/Kullanılan ilaçlar:Doktoruma bilinen tüm alerjilerim hakkında bilgi verdim.ayrıca doktorumu kullandığım reçeteli ilaçlar ,bitkisel ilaçlar,diyet katkı maddeleri ,kullanımı yasa dışı ilaçlar ,alkol ve uyuşturucu/uyutucu konusunda bilgilendirdim.Doktorum tarafından bu maddelerin ameliyat öncesi ve sonrası kullanımının etkileri bana anlatıldı ve öneriler yapıldı.

Tütün ve Tütün Mamülleri :

Ameliyatımın öncesi mamülleri (sigara ,nargile,puro,pipo v.s)içmemin iyileşme sürecimin uzamasına neden olabileceği bana anlatıldı.Eğer bu maddelerden herhangi birini kullanırsam yara iyileşme sorunlarıyla daha büyük bir oranda karşılaşma riskim olduğunu biliyorum.

Hastaya özel durum varsa belirtilecektir.Yoksa lütfen boş bırakınız.

……
……
……
……

Bu bölüme hasta/kanuni velisi, vasisi tarafından "OKUDUM, ANLADIM" yazılacaktır ……

Hastanın Adı - Soyadı – İmzası :……**Tarih: …./…./…. Saat:….**

Hastanın Velisi/Yasal Vasisinin

Adı–Soyadı–İmzası : …… **Tarih: …./…./…. Saat:….**

Şahit, Adı - Soyadı – İmzası :……**Tarih: …./…./…. Saat:…..**

İşlemi/Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin

Adı– Soyadı – Unvanı—İmzası :……**Tarih: …./…./…. Saat:…..**