(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** HASTA KABUL MUVAFAKAT VE TAAHHÜT FORMU	
Doküman Kodu: DH.FR.038	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

Hasta Adı, Soyadı	Doğum Tarihi:
	Doğum Yeri:
	Sosyal Güvencesi:

Kan Grubu	HbsAg		Anti HCV	
	Negatif ☐	Pozitif ☐	Negatif ☐	Pozitif ☐

Telefon:
Adres:

Diyaliz Günleri					
Pazartesi ☐	Salı ☐	Çarşamba ☐	Perşembe ☐	Cuma ☐	Cumartesi ☐

Diyaliz Tipi	☐Hemodiyaliz
	☐Periton Diyalizi

Bilinen Hastalıklar	1.	4.
	2.	5.
	3.	6.

Diyalize Başladığı Merkez		Başladığı Tarih:
Geldiği Merkez		Başladığı Tarih:
Gittiği Merkez		Ayrıldığı Tarih:

Ekte açık nüfus bilgileri açık olan.....muzdarip olduğum(olduğu) .....hastalığının tedavisi için hekim/uzman hekim ve bunlara bağlı tıbbi personelden riskleri, yararları ve karşılaşılabilecek zorlukları açıklanmış bilinen tedavi yöntemini taleb ediyor ve reçetelenen tıbbi tedavi ile ilgili her türlü kimyevi , mekanik, elektronik ve fiziki yardımcı cihaz/müstahzar kullanılmasına, gerektiğinde planlı ve acil müdahalelere, bu personelin her türlü tıbbi ve idari yazılı /sözlü tüm talimatlarına uyacağıma kendi isteğimle bunlardan sapma, tedaviyi reçetelenen dışında sonlandırma ve değişikliğe uğratma durumlarında her türlü tıbbi,idari, mali ve cezai sorumluluğu üstleneceğime aklı başında olduğu halde muvafakat eder tüm klinik çalışanlarına asgari saygı kuralları çerçevesinde davranacağımı tedavi mekanlarının ve bağlı mahallerinin çalışma düzenini bozmayacağımı, her ne şekilde olursa olsum herhangi bir personel ile maddi menfaat ilişkisi içerisine girmeyeceğimi ve teklif etmeyeceğimi, yukarıdaki koşullara uymamam halinde merkez ve hastane yöneticilerinin değerlendirme kararına şartsız olarak uyacağımı , tedavi bilgilerime ait parametre ve tedavi sonuçlarının ulusal ve uluslar arası bilimsel araştırmalarda kimliğim belirtmeksizin kullanabileceğimi kabul ve taahüt ederim.

İmzalayan Tarih:

Hastanın Kendisi Adı Soyadı:

Hasta Yakını İmzası: