



**Özel EKOL HASTANESİ**  
TETKİK TEDAVİ RED TUTANAĞI



SAAT:

TARİH:

**KİMLİK BİLGİLERİ**

PROTOKOL NO : \_\_\_\_\_

GSM : \_\_\_\_\_ EV TELEFONU: \_\_\_\_\_

*Bilincim açık olarak, hastalığımın ne olduğunu ve hangi muayene, tetkik ve tedavilerin uygulanması gerektiği konusunda doktorumdan etraflıca bilgi aldım. Bu tetkik ve tedavileri kabul etmediğim zaman hangi tehlikelerin sağlığımı tehdit edebileceğini öğrendim.*

*Bütün bu bilgilendirmeye rağmen şahsıma herhangi bir muayene, tetkik ve tedavi yapılmasını kendi rızamla reddediyor ve doğacak sorumlulukları üstleniyorum.*

**HASTA / KANUNİ TEMSİLCİSİNİN**

**TANIKLIK EDEN HASTA YAKINI (Yoksa Hastane yetkilisi)**

**ADI SOYADI (kendi el yazısı ile)**

**ADI SOYADI (kendi el yazısı ile)**

**İMZASI**

**İMZASI**

| <i>Doküman No</i> | <i>Yayın Tarihi</i> | <i>Revizyon No</i> | <i>Revizyon Tarihi</i> | <i>Sayfa No</i> |
|-------------------|---------------------|--------------------|------------------------|-----------------|
| <i>HD.RB.111</i>  | <i>01.01.2008</i>   | <i>03</i>          | <i>25.09.2023</i>      | <i>1 / 1</i>    |