



Özel EKOL HASTANESİ
TETKİK / TEDAVİ ve İNVAZİV GİRİŞİM AMACI İLE YATAN
HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



SAYIN HASTAMIZ;

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size tavsiye edilen tıbbi, cerrahi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak tetkik ve tedaviye rıza göstermek veya göstermemek yine sizin kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak veya endişelendirmek değildir. Amacımız sağlığınıza ilgili konularda sizi daha iyi bilgilendirmek ve kendinizle ilgili olan bu kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınıza ilgili bilgiler size veya uygun gördüğünüz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluklar dışında bilgilendirilmeyi reddetme hakkına da sahiptir.

TANI :

YAPILMASI PLANLANAN TETKİK / TEDAVİ:

Doktorumdan, tıbbi durumumun tanı ve tedavisi için yapılması önerilen tıbbi tedavi ve tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım. Oluşabilecek yan etkiler ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.

Bu tetkik ve tedaviyi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi tehlikelerin doğabileceği etraflıca anlatıldı. Bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda da doktorum tarafından bilgilendirildim.

Doktorlarımızın planladıkları tedaviye ek olarak operasyon ya da operasyonlar gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler anlatıldı.

Ben hastalığımın tedavisi için Özel Ekol Hastanesi..... uzmanı tarafından gerekli olan tüm tetkik ve tıbbi tedaviyi, hiçbir tesir altında kalmadan, aklım başımda olarak kabul ettiğimi, neticede doğacak herhangi bir komplikasyonda şikayetçi olmayacağımı beyan ve kabul ederim.

Ben, bu formun içeriğini anladım .

İmzası: Tarih: Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;

Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

Hastanın bilinci kapalı Hasta 18 yaşından küçük Hastanın karar verme yetisi yok Acil

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

• 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden, • 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,

• Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya "Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok." yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.58	01.01.2008	03	01.02.2016	1 / 1