|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| indir | | **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ**    **TETKİK VE TEDAVİ RED FORMU** | | | | | | | |
| **KODU** | **AS.FR.17** | **YAYIN TARİHİ** | **01.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **03.01.2022** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** | **01** |

....../...../20.... tarihinde başvuru yaptığım ve……………….................................. servisinde Dr……………………………… tarafından yapılan kontroller ve tetkikler neticesinde hastalığımın ……………………………..…olduğu tarafıma Hekimim tarafından bildirilmiştir. Hekimim tedavi olmadığım sürece hastalığımın tüm riskleri ile ilgili detaylı olarak bilgi vermiştir. Tüm bu bilgilere rağmen hiçbir baskı altında kalmadan ve kendi iradem ile **Tedaviyi/Tetkiki Red Ediyorum.**

**Hastanın Adı Soyadı Doktor Kaşe**

**İmza - Tarih İmza - Tarih**

**Hasta ve Yakınının Adı Soyadı**

**İmza - Tarih**