|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| indir | | **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ**  **HASTA BİLGİLENDİRME VE HASTANEYE YATIŞ KABUL**  **ONAM FORMU** | | | | | | | |
| **KODU** | **HB.FR.01** | **YAYIN TARİHİ** | **07.08.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **03.01.2022** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** | **01** |

|  |  |
| --- | --- |
| **HASTANIN** | |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Baba Adı** |  |
| **Protokol No** |  |
| **Servis Adı** |  |
| **Doğum Tarihi** |  |
| **Konulan Teşhis** |  |
| **Düzenlenen Tedavi :** | |

**ONAY (RIZA GÖSTEME)**

Yapılacak tedavi konusunda bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konularla ilgili olarak hekime sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim kadar açık ve net cevaplar aldım. Hastaneye kabulümü reddetmem halinde sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Hastaneye kabulüm ve olabilecek ameliyat,girişim, lokal işlemler gibi tıbbi konularda tarafıma ayrı ayrı bilgilendirme yapılmasını kabul ediyorum.

**KABUL EDİYORUM.**

( Lütfen, adınızı soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız)

Adı Soyadı:...........................................................................................................

Tarih :.............................................................. İmza:............................................

**KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN**

( Hastanın Velisi/Yasal vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) anne veya babası tarafından doldurulacaktır.)

**( ) Kanuni Veli/Vasi ( ) Anne ( ) Baba**

Adı Soyadı : ..................................................... Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) ...../...../......

Adresi : ........................................................................................................................................

Telefon No: ............................................................

Tarih : ..../..../20.... İmza: .....................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formu Düzenleyenin** | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | |
| **Ünvanı** |  | **İmza** |  |