

1. Ben, [redacted] bir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebi olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları [redacted] ak üzere, bir [redacted] bildiğim [redacted] Ortopedi ve [redacted] ve uzman doktorları ile birlikte etkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

2. Doktorlar bana, [redacted] bir rahatsızlığım olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğunu, nedenlerini, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Teşhis ve tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az veya çok tehlikeli ihtimalleri sayarak beni bilgilendirdiler. Bu ihtimaller karşısında rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızam olup olmadığını sordular. Ben, açıklanan tüm hususları tam olarak anladım, tamamen kendi rıza ve talebimle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında olarak rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyorum.

3. İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktor ve diğer tıbbi uygulayıcılar tarafından farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyor; idrak, rıza ve talep ediyorum.

4. Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak, teşhis ve tedaviye yönelik ameliyat dahil her türlü uygulamanın, gerekli/zorunlu hallerde tamamlanamayabileceğini, birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlar halinde yapılabileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini biliyor ve onaylıyorum.

5. Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm hastalıkları teşhis edemeyebileceğini; bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut veya şu an farkında olduğum ya da olmadığım her türlü hastalık için hastane ve doktorlar tarafından tam şifa garantisi verilmediğini;

uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek önceden var olmayan ve yeni teşhis/tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları biliyorum, idrakindeyim, kabul ediyorum.

6. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında Röntgen, Skopi, Ultrasonografi, Sintigrafi, Bilgisayarlı Tomografi, Manyetik Rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılabileceğini; bu işlemler sırasında röntgen ışınlarına, radyasyon yayan maddelere maruz kalabileceğimi; bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik veya uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.

7. Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak, kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dahil, erken veya geç dönemde tespit edilebilecek bulaşıcı hastalık riskinin var olduğunu biliyorum, idrak ve rıza gösteriyor, lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum.

8. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında uygulanabilecek anestezi yöntemlerinin (genel, bölgesel, omurilik anestezisi - spinal/epidural-) ve ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun veya sinirin felci, beyin hasarı ve ölüm tehlikesi olasılıkları içerdiğini biliyorum. Bütün bu riskleri idrak ediyorum ve onaylıyorum.

9. Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücudumun bir yerinden organ veya doku parçalarının alınabileceğini; vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabileceğini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini veya vücut tarafından reddedilebileceğini, iltihaplanabileceğini, beklenen işlevi göstermeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyorum. Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum.

TEŞHİS VE TEDAVİ İŞLEMLERİ AYRINTILI ONAY BELGESİ*

Sayın hastamız,

Sağlık durumunuz ve size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yarar/zarar, risk ve alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz!

Okuyup, anlamamızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek veya tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, sizi bilgilendirerek bu uygulamalara nza gösterip göstermediğinizi belirlemek ve onayımızı almak için hazırlanmıştır.

* Bu onay formu toplam 2 sayfadan oluşmaktadır. İşbu belge, 1219 sayılı Kanunun 70. ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 26. maddeleri uyarınca 3 nüsha olarak düzenlenmiş, bir nüshası hastaya/hastanın kanuni temsilcisine verilmiştir.

10. Tedavi olmamam veya tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşılabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, sık görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, menenjit dahil olmak üzere mikrop kapma, toplar damar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, ameliyat yerinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi(ödem), sara krizi, geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu, ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceğim bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi; kalıcı yara izi (nedbe); kemik çıkarılması-eklenmesi sonucu vücutta şekil bozukluğu; ameliyat veya iğne yerinden beyin suyu gelmesi; baş ağrısı veya uzun süreli/kronik ağrı; ses teli felcine bağlı geçici veya kalıcı ses kaybı; yüz, kaş, diş, göz gibi organlar ve işitme, yutkunma, ve görme, idrar veya büyük abdest kontrolü gibi işlevlerle ilgili geçici veya kalıcı fonksiyon kayıpları; kişilikle ilgili değişiklikler; bir doku veya organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç/hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması; uygulamalar sırasındaki pozisyona bağlı kısa veya uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyoruz.

ediyorum.

12. Sağlığım ile ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, doku veya görüntülerinin, bunlardan edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, üretilmesine - itiraz hakkım olduğunun bilincinde olarak- yetki ve onay veriyorum.

12. Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum/okuma bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek izah edildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü soru

sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavinin uygulanmaması ihtimali de dahil olmak üzere her türlü tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı. Bu belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyorum, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

ONAY VERENLERİN İMZASI

TARİH: 04.0

HASTANIN ADI SOYADI

ŞAHİT İMZASI :

VARSA ÇEVİRMEN:

**Risk: Bir hastalık veya işlemin neden olabileceği tehlikeli durumlar*

**Komplikasyon: Teşhis ve tedavi uygulaması sırasında karşılaşılabilecek ve asıl sorunu daha da ağırlaştıracak yeni sorunlar*