

Tanı _____
Yapılacak tedavi/işlem _____
Uygunsa taraf/seviye bilgisi ☐ Sağ ☐ Sol ☐ İki taraflı Seviye _____

Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz.

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.

Olası komplikasyonlar ve riskler _____

Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulama yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyorum, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum. Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi ile afiliye hastanelerde tedavi/işlemin sorumlu bir hekim gözetiminde tıp fakültesi öğrencisi, tıpta uzmanlık öğrencisi ve klinik gözlem yapan hekim katılımıyla gerçekleştirilebileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

Lütfen el yazınızla "okudum, anladım" yazarak ilgili alanları doldurunuz.

Hasta

Adı soy
Doğum

Tarih:

Saat:

23.02.2020

Hastanın yasal temsilcisi

Adı soyadı:

İmza:

Tarih:

Saat:

Yakınlık derecesi:

Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni:

☐ Hastanın bilinci kapalı

☐ Hasta 18 yaşından küçük

☐ Diğer:

☐ Hastanın karar verme yetisi yok

☐ Acil

Şahit

Adı soyadı:

İmza:

Tarih:

Saat:

İmza:

Tarih:

Saat:

İmza:

Tarih:

Saat:

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınır.

Tanı _____
Yapılacak tedavi/işlem _____
Uygunsa taraf/seviye bilgisi ☐ Sağ ☐ Sol ☐ İki taraflı Seviye _____
Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz.

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.

Olası komplikasyonlar ve riskler _____

Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyorum, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum. Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Acibadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi ile afiliye hastanelerde tedavi/işlemin sorumlu bir hekim gözetiminde tıp fakültesi öğrencisi, tıpta uzmanlık öğrencisi ve klinik gözlem yapan hekim katılımıyla gerçekleştirilebileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

Lütfen el yazınızla "okudum, anladım" yazarak ilgili alanları doldurunuz.

Hasta Adı soyadı _____ Doğum tarihi _____	_____	_____	Saat: _____
Hastanın yasal temsilcisi Adı soyadı: _____ Yakınlık derecesi: _____ Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni: ☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Diğer: ☐ Hastanın karar verme yetisi yok ☐ Acil	_____	_____	Saat: _____
Şahit Adı soyadı: _____	İmza: _____	Tarih: _____	Saat: _____
Bilgilendirilen Adı soyadı: _____	İmza: _____	Tarih: _____	Saat: _____
Tercüman Adı soyadı: _____	İmza: _____	Tarih: _____	Saat: _____

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınır.

Tanı _____
Yapılacak tedavi/işlem _____
Uygunsa taraf/seviye bilgisi ☐ Sağ ☐ Sol ☐ İki taraflı Seviye _____

Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz.

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.

Olası komplikasyonlar ve riskler _____

Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyorum, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum. Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi ile afiliye hastanelerde tedavi/işlemin sorumlu bir hekim gözetiminde tıp fakültesi öğrencisi, tıpta uzmanlık öğrencisi ve klinik gözlem yapan hekim katılımıyla gerçekleştirilebileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

Lütfen el yazınızla "okudum, anladım" yazarak ilgili alanları doldurunuz. _____

Hasta Adı soyadı _____ Doğum tarihi _____	İmza: _____	Saat: _____
Hastanın yasal temsilcisi Adı soyadı: _____ Yakınlık derecesi: _____ Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni: ☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Diğer: ☐ Hastanın karar verme yetisi yok ☐ Acil	İmza: _____ Tarih: _____	Saat: _____
Şahit Adı soyadı _____	İmza: _____ Tarih: _____	Saat: _____
Bilgilendirilen Adı soyadı _____	İmza: _____ Tarih: _____	Saat: _____
Terapist Adı _____	İmza: _____ Tarih: _____	Saat: _____

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınır.