

ONAM:

Hekimimden içinde bulunduğum/hastamın içinde bulunduğu tıbbi durum ile, bu durumu tanısına/tedavisine yönelik olarak yukarıda önerilen girişimler ve girişimsel tedaviler konusunda bilgi aldım. Bana her türlü soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Olabilecek komplikasyonlar ve olası riskleri ayrıntı ile anladım. Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımla/hastamın sağlığını tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu yöntemler yerine uygulanabilecek bir başka yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Kurumunuzun bir Üniversite hastanesi olması nedeniyle girişimin/tedavinin öğretimden sorumlu bir hekim (profesör, doçent, yardımcı doçent, uzman) gözetim ve sorumluluğunda asistan/araştırma görevlisi tarafından da uygulanabileceğini, her koşulda girişim/işlemi gerçekleştirecek hekimin yetedi deneyimde olacağını anlıyor ve kabul ediyorum. Hekimimin planladığı tanı ve tedavi yöntemlerine ek olarak başka tıbbi uygulamalar gerektirebilecek duruma da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da isminin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum. Hastalığım/hastamın hastalığı nedeni ile önerilen tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı. Hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu onayladım. **REDDETMEYİ YOK İZİN VERİYORUM.**

Kendi el yazınız ile "Okuduğumu anladım" yazınız: _____

Hastanın;

Adı Soyadı: _____

Tarih: 23.11.17

Saat: 14.50

İmzası: _____

Hastanın yasal temsilcisinin;

Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

Yakınlık derecesi: _____

T.C. Kimlik No: _____

Hastanın yasal temsilcisinden rıza alınma nedeni;

☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetkisi yok ☐ Acil

☐ Diğer: _____

TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercümanın Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

HEKİM

Hasta tanısı, önerilen tedavi yönteminin türü, uygulama biçimi, başarı şansı ve süresi; hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığının yaratabileceği sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda bilgilendirildiğini anladım ve kabul ettim.

Hekimin Adı Soyadı: _____

Tarih: 23.11.17

Saat: 14.50

İmzası: _____

Onamı alan kişi farklı ise, işlemi yapacak hekimin;

Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

TEDAVİNİN REDDİ:

Teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanmasına **İZİN VERMİYORUM.**

Hastanın;

Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

Hastanın yasal temsilcisinin;

Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

Yakınlık derecesi: _____

T.C. Kimlik No: _____

Hastanın yasal temsilcisinden rıza alınma nedeni;

☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetkisi yok ☐ Acil

☐ Diğer: _____

TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercümanın Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

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 yetkisi bulunmayan hastaların yasal temsilcilerinden rıza alınır.

Bu form, ulusal yasal mevzuat ve JCI (Joint Commission International) akrediasyon standartları esas alınarak hazırlanmıştır.