

Hasta No:

Hasta Adı Soyadı:

Doğum Tarihi: / /

Cinsiyet: K E

Bölüm:

Hasta 18 yaş altında mı? Hayır Evet ise Anne Baba Sağ mı? Evet Hayır

Anne Baba hala evli mi? Evet Hayır ise Vekalet kimde? Anne Baba

Vekalet sahibi Ad-Soyad:

Adres :

Telefon No :

Hastayı getiren kim? Veli Diğer ise Ad-Soyad :

Adres :

Telefon No :

Hastayı getiren veli değil ise veli telefon görüşmesi yapıldı mı? Yapıldı Yapılacak

Yapılmadı ise nedeni :

Sayın hasta/ vekili yasal temsilcisi,

Sağlık durumumuz/ hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahiptir.

1. Başvuru sebebim olan yakınlıklarımı değerlendirmek, gerekli muayene ve inceleme ve tedavi uygulamalarını yapmak üzere hekimler, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte yetkili kılıyorum ve bu uygulamaların yapılmasını onaylıyorum.

2. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında önemli risk içermeyen fizik muayene, ilaç gerektirmeyen radyolojik incelemeler (röntgen, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, ultrasonografi vb.) ve elektrokardiyografi, elektromiyografi, ekokardiyografi gibi tetkikler ile kan, idrar ve diğer vücut sıvıları testlerinin "güncel kabul edilmiş ulusal ve/ veya uluslararası tıbbi kılavuzlarda önerilen gerekçelerle" uygulanmalarının kabul ediyorum.

3. Risk içeren herhangi ameliyat veya girişimler, anestezi uygulamaları, kan ve kan bileşenleri nakli gerektiği durumda, yetkili doktor tarafından olası alternatifler, fayda, risk ve komplikasyonlara dair yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılarak onay isteneceğini ve önerilen ameliyat/ girişimi kabul veya red etme hakkım olduğunu biliyorum.

4. Muayenehanede tanı ve tedavi amaçlı kaldığım sürece, hasta hakları ve sorumlulukları kapsamında belirlenmiş olan ve bilgilendirildiğim tüm hastane kurallarına uymayı kabul ediyorum.

5. Bilgilendirme ve tanıtım amaçlı olarak gönderilecek e-mail, posta ve SMS'lerin iletişim bilgilerime gönderilmesine izin veriyorum.

6. Muayenehanede tanı ve tedavi sürecindeki hizmet bedelleri (ücretleri) ve bu bedellerin sağlık sigortası kurumları (Özel veya SGK) tarafından karşılanıp karşılanmadığı, ödemem gereken ücret farkları, hasta katılım payı ve sigorta poliçem kapsamında teminat dışı kalan durumlar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgi aldım ve bu fark ücretlerini ödemeyi kabul ve taahhüt ediyorum.

7. Sağlık kuruluşundaki kullanılan demirbaşlara verilen kasıtlı zararları tazmin edeceğimi taahhüt ederim.

8. Tarafıma verilen her türlü sağlık hizmetiyle ilgili tüm kayıtların, tedavimle doğrudan ilgili kişi ve kurumlarca veya kanunen atanmış temsilcileri tarafından yasal sınırlar içerisinde denetim ve kullanılmasına rıza gösteriyorum.

9. Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere

..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum.

(Hastanın yetkili kıldığı kişi, hastanın vekili/ yasal temsilcisi olarak, imzalamalıdır. 9. maddealana; Eğer hasta 18 yaşın altında ise velinin adı, hasta velayet altında ise velayet sahibinin adı, hasta 18 yaşın üstünde ve temyiz kudretine haiz değil ise vasisinin ismi yazılır.)

..... (El Yazısı ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız)

Hasta Ad-Soyad (el yazısı ile) İmzası Tarih: ... / ... / Saat : ... /

Hastanın velisi (vasisi)yasal temsilcisi*

Hasta Ad-Soyad (el yazısı ile) İmzası Tarih: ... / ... / Saat : ... /

Hastanın Dil/ İletişim Problemi var ise; "**Hastaneye Kabul Onam Formu**"ndaki bilgileri hastaya/ yasal temsilcisine en iyi şekilde aktardım/ tercüme ettim. Tercüme ettiğim/ aktardığım bilgiler hasta /yasal temsilcisi tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme yapan Ad-Soyad (el yazısı ile) İmzasıTarih: ... / ... / Saat :
... /

Bilgilendirme yapan Ad-Soyad (el yazısı ile) İmzasıTarih: ... / ... / Saat :
... /