

	<b>KENDİ İSTEĞİ İLE HASTANEDEN AYRILAN HASTA FORMU</b>	Doküman No:	KLN.FR.36
		Yayın Tarihi:	22.05.2013
		Rev.No:	'00
		Rev.Tarihi:	
		Sayfa No:	1/1

.....Servisinde Doktor.....tarafından, şu anda hastaneden ayrılma durumumun, hastalığım veya yaralarım açısından benim iyiliğime olmayacağı ciddi zarar, fiziksel yaralanma veya ölümüne neden olabileceği konusunda uyarıldım.

Şu anda hastaneden ayrılmamdan dolayı doğacak riskleri kabulleniyorum.Tedavimle ilgili tüm doktor ve çalışanları sorumluluklarından arındırarak,tıbbi önerilerine rağmen hastaneyi terk etmemden doğacak sağlık ve iyileşmeme kötü etki yapabilecek koşulları anladığımı belirtirim.

Kendisi  Adı  
Soyadı:.....

Yakını  Yakınlık derecesi..... İmza : Telefon :

**Sahit**

Adı Soyadı:.....

İmza : Telefon :

	<b>RECORD: PATIENT THAT LEAVE THE HOSPITAL WITH OWN FREE WILL</b>	Doküman No:	KLN.FR.36
		Yayın Tarihi:	22.05.2013
		Rev.No:	'00
		Rev.Tarihi:	
		Sayfa No:	1/1

I have been warned about leaving the hospital right now is not good for me because It could effect my illness / wound badly, or to cause physical injury or to cause of my death by the doctor

.....  
from..... clinic.

I accept all risks arising from leaving the hospital right now. I understand and have declared that I have refined the responsibilities of the doctor and the medical personnel who treated me disparte their suggestions and the negative conditions that may occur on my health, healing process.

Patient  Name Surname.....

Patient's Relative  Signature: Phone:.....

Relationship With Patient: .....

**Witness**

Name Surname: .....

Signature:

Phone:.....