

ANNE/BABA/ VELİ'SİNİN DİKKATİNE;

Bebeğinizin durumu ve önerilen cerrahi, tıbbi ve tanısal girişimler hakkında bilgilendirildiniz. Bu onam formu, size verilmiş olan tıbbi bilgilerin önemli kısmının yazılı olarak tartışmaya yer bırakmaksızın beyan edilmesi amacı ile tasarlanmıştır. Bu formun amacı sizin daha iyi bilgilendirilmenizi ve yapılacak girişimler konusunda onam vermenizi ya da vermemenizi sağlayabilmektir.

Yapılması planlanan girişimlerin faydalı olacağı öngörülse de, tıbbi ve cerrahi girişimlerin her zaman risk taşıdığını anlıyorum. Bu genel riskler arasında alerjik reaksiyonlar, kanama, kan pıhtısı oluşumu, beyin hasarı, duyu kaybı, diğer vücut fonksiyonlarının ya da yaşamın kaybı yer almaktadır.

Bebeğinizin hastanedeki yatışı sırasında

Bebeğim için yapılması planlanan girişimler ile ilişkili olarak aşağıdaki ek risklerin söz konusu olabileceğinin farkındayım (lütfen ek risk faktörlerini halk dilinde belirtiniz, gerekiyor ise liste olarak listelerseniz):

Tıbbi uygulamalar sırasında daha önceden tartışılmamış olan beklenmedik risk ve komplikasyonların gelişebileceğinin farkındayım. Ayrıca bebeğimin hastalığının tanı ve tedavisi için yapılacak olan girişimler sonucunda daha başka girişimlerin gerekebileceğini anlıyorum ve bu girişimlerin de yerine getirilmesini onaylıyorum. Bebeğimin tanı ve tedavisine ilişkin olarak şahsıma herhangi bir vaatte bulunulmamıştır, söz ya da garanti verilmemiştir. Yapılacak girişimlerin yararları ve riskleri, tedavi verilmez ise söz konusu olabilecek sonuçlar anlatılmıştır. Benimle tartışılan konuları ve bu formun içeriğini anlıyorum. Bana soru sorma imkanı verilmiştir ve sorularıma tatminkar yanıtlar almış durumdayım.

Bu formu okuduktan ve doktorlarımızla konuştuktan sonra bu formun altına attığım imzam ile aşağıdakileri beyan ederim;

Kendi isteğimle doktorlara ve sağlık ekibinde yer alan diğer sağlık çalışanlarına yukarıda anlatılan girişimleri uygulama yetkisini ve onayını veriyorum.

Tarih:...../...../..... Saat:

YASAL TEMSİLCİSİ	
Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli	
Hasta Adı Soyadı:.....	
Yakınlık Derecesi:.....	
Adresi.	
Tel.No:.....	
İmza:	
Doktor	
Adı Soyadı:.....	
İmza:	
Şahit**	
Adı Soyadı:.....	
İmza:	