



GENERAL INFORMATION AND CONSENT FORM

Dokuman No:	YÖN.RB.01-03
Yayın Tarihi:	20.03.2013
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

NAME UND NAHNAME:.....
 PROTOCOL NUMMER:.....
 GEBURTSDATUM:.....
 GESCHLECHT WEIBLICH MÄNNLICH

Lieber Patient, liebe Eltern

Sie werden ins Krankenhaus eingeliefert, um die von uns als Krankenhaus angebotenen Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen. Alle Rechte stehen zu allen Rechten, die durch die Gesetze der Patienten in unserem Land anerkannt sind.

Dieses Dokument soll von Informationen und Ihren Rechten auf Einverständniserklärung profitieren.

Sie haben das Recht, Informationen über Ihren Gesundheitszustand zu erhalten, wie Sie feststellen können.

An Ihnen durchgeführte diagnostische oder therapeutische Verfahren mit allen Optionen, die Sie über die Gefahren und potenziellen Vorteile dieser Initiativen verstehen können, haben Anspruch auf die Informationen.

Ausgenommen rechtliche und medizinische Notwendigkeiten, die sich möglicherweise sogar weigern, informiert zu werden. Schriftliche Berichtsinformationen über den Zustand einer Person, der Sie vertrauen, um Ihren Platz einzunehmen, oder die das Recht hat, die Anfrage zu informieren.

Diagnose- und Therapieverfahren, die auf Ihren Gesundheitszustand angewendet werden, oder nachdem Sie durch Auswahl eines dieser Verfahren über die diagnostischen oder therapeutischen Verfahren informiert wurden, können Sie den Antrag annehmen. Mit einigen Ausnahmen (Zustimmung / Annahme), es sei denn, Sie können den Antrag annehmen.

Das Organleben ist ein Notfall oder eine lebensbedrohliche Situation. Diagnostische und therapeutische Verfahren können ohne Zustimmung durchgeführt werden.

Gesundheitszustand, der von meinem Arzt auf mich angewendet wird, und medizinisch-chirurgische Therapie zur Behandlung diagnostischer Verfahren durch Auswahl eines Unternehmens oder eines Unternehmens - eine Alternative, bei der Sie den Antrag annehmen können. Die Risiken und Alternativen der Behandlung wurden von angegeben Der Doktor. Dieses Mal lehnte ich Methoden zur Diagnose und Behandlung von Risiken für meine Gesundheit ab, die andernfalls eine Gefahr darstellen könnten, die anstelle dieser Behandlung angewendet werden können. Es wurde mitgeteilt, dass es andere medizinische Verfahren gibt.

Die vom Arzt geplanten Eingriffe und / oder Operationen sind geplant, falls erforderlich. Zusätzliche Operationen mit optionalen Situationen, von denen ich weiß, dass es auch Optionen gibt, bei denen ich Fragen stellen kann und ich weiß, dass ich Antworten auf die Fragen erhalten kann. Ich kann meine Entscheidungen mit meinen eigenen treffen Ich habe auch Zeit, bevor ich die Behandlung bekomme. Außerdem wurde ich schriftlich und über die Art und Weise, wie ich spreche und mit meinem Arzt spreche, informiert. Ohne unter Druck zu stehen, bin ich damit einverstanden, die Behandlung zu erhalten.

Alle diagnostischen und therapeutischen Methoden, die aufgrund von Krankheit im Krankenhaus anzuwenden sind, zeigten die möglichen Vorteile und Risiken auf.

Für die Behandlung von Krankheitstests ist eine spezielle medizinische Behandlung erforderlich, die von PRIVATE ÇEVRE HOSPITAL für die Behandlung von Krankheitstests erforderlich ist. Ich gebe dies zu.

DATUM:...../...../20..... ZEIT:.....

DER PATIENT IST SICH BEWUSST	DER RECHTLICHE VERTRETER VON UNBEWUSSTEN PATIENTEN
Patient's Name und Nahname: Adresse: Telefon nummer: Unterschrift:	DER Rechtliche Vertreter Name und nahname: Adresse: Telefon nummer: Unterschrift:
Arzt: Name und Nahname: Unterschrift:	Arzt: Name und Nahname: Unterschrift:
Zeuge: Name und Nahname: Unterschrift:	Zeuge: Name und Nahname: Unterschrift: