



GENEL BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.01
Yayın Tarihi:	16.01.2010
Rev.No:	01
Rev.Tarihi:	30.06.2016
Sayfa No:	2/1

Adı Soyadı:.....

Protokol No:.....

Doğum Tarihi:.....

Cinsiyet: Kadın Erkek

SAYIN HASTA,SAYIN VELİ / VASI

Sunduğumuz sağlık hizmetinden yararlanmak üzere hastanemize başvurmuş bulunuyorsunuz. Ülkemiz yasalarının hastalara tanıdığı bütün haklardan yararlanma hakkına sahiptir.

Bu belge bilgilendirme ve aydınlatılmış onam haklarınızdan yararlanabilmenizi amaçlamaktadır.

Hastanemiz hizmetlerinden nasıl yararlanacağınız hakkında bilgi alma hakkınız vardır.

Sağlık durumunuz hakkında anlayabileceğiniz şekilde bilgi alma hakkınız vardır.

Size gerçekleştirilebilecek tanı veya tedavi amaçlı girişimler konusunda tüm seçenekler ile bu girişimlerin yarar ve muhtemel zararları konusunda anlayabileceğiniz şekilde bilgi alma hakkınız vardır.

Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirilmeyi reddedebilirsiniz. Yazılı bildirmek koşulu ile bilgi almama ya da yerinize güvendiğiniz bir kimsenin bilgilendirilmesini talep etme hakkına sahiptir.

Sağlık durumunuz veya size uygulanacak tanı ve tedavi amaçlı girişimler konusunda bilgilendirildikten sonra bu tanı veya tedavi amaçlı girişimlerden birini seçerek size uygulanmasını kabul edebilirsiniz. Bazı istisnalar hariç onamınızı (rızanız / kabulünüz) olmadığı sürece size tanı veya tedavi amaçlı hiçbir girişim gerçekleştirilemez. Size önerilen tanı veya tedavi amaçlı girişimleri kabul etmediğinizi yazılı bir belgeyle bildirmeniz gerekmektedir.

Acil durumlarda hayatınızı ya da hayati organınızı tehdit eden durumlarda onamınız alınmadan tanı ve tedavi amaçlı girişimler gerçekleştirilebilir.

Doktorum tarafından sağlık durumum ve bana uygulanacak tıbbi – cerrahi tedavi – tanı amaçlı girişim – alternatif girişim veya tedavi yöntemleri konusunda, bu tanı / tedavi yöntemlerin neler olabileceği, sağlayacağı yararlar, bu tanı – tedavi yöntemlerinin olası zararları, beklenmeyen ya da önlenemeyen durumlar tüm komplikasyonlar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı. Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.

Doktorların planladıkları girişim ve / veya operasyonlarda planladıklarına ek operasyon gerekebilecek durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum ayrıca uygulanabilecek yöntemler konusunda ek sorular sorabileceğim ve bunlarında yanıtlanabileceği tedavi yöntemlerine karar vermeden uygun bir süre düşünebileceğim ve önerilen tanı yöntemleri arasından seçim yapabileceğim konusunda seçtiğim tanı yönteminden hayati bir organımı ya da hayatımı tehdit eden bir durum olmadığı sürece dilediğim zaman vazgeçebileceğim hususunda anlayabileceğim bir şekilde sözlü – yazılı olarak bilgilendirildim, tüm bu tanı – tedavi yöntemlerinin uygulanmasını serbest irademle hiçbir baskı altında kalmadan kabul ediyorum. Hastalığının nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası yararları ve riskleri anlatıldı.

Hastalığının tedavisi için Özel Çevre Hastanesinde

Uzmanı tarafından gerekli olan tıbbi tedavi,tetiklerin yapılmasına,cerrahi müdahale,gerekli invaziv girişimlerin yapılmasına kendi irademle hiçbir baskı altında kalmaksızın kabul ediyorum.

İşlemin Tahmini Süresi : dakikadır.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları: Hastane Tel: 0 212 274 69 25 – 444 25 93

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.



GENEL BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.01
Yayın Tarihi:	16.01.2010
Rev.No:	01
Rev.Tarihi:	30.06.2016
Sayfa No:	2/2

Lütfen; hastalığınız, tedavi süreciniz, cerrahi işlem, oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....
.....

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

HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;
Hastanın Hasta Adı Soyadı:..... Adresi Tel.No:..... İmza:	Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. Tel.No:..... İmza:
Doktor Adı Soyadı:..... İmza:	Doktor Adı Soyadı:..... İmza:
Şahit**: Adı Soyadı:..... İmza:	Şahit**: Adı Soyadı:..... İmza: