

	TEDAVİ TETKİK RED FORMU	Doluman No:	YÖN.RB.02
		Yayın Tarihi:	03.09.2009
		Rev.No:	00
		Rev.Tarihi:	
		Sayfa No:	1/1

Adı Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:

Protokol No:
Tarih:
Oda No:

Tarih : Saat :
Yukarıdaki tarih ve saatte hastanın muayenesi Çevre Hastanesi'nde tamamlandı / tamamlanmadı.
Olası tanılar şunlardır;

Hastanın sorunu aşağıdaki girişim / tetkik / tedaviyi gerektirmektedir.

Belirtilen tıbbi durum için uygulanacak muayene, girişim, tetkik / tedaviyi kabul etmediği takdirde aşağıdaki sonuçların doğabileceği hastaya ayrıntılı olarak anlatıldı.

Sorumlu Doktor:
Adı Soyadı :

İmza:

Kaşe:

Bilincim açık olarak hastalığımın ne olduğu ve hangi muayene , tetkik ve tedavilerin uygulanması gerektiği konusunda doktorumdan etraflıca bilgi aldım.Bu tetkik ve tedavileri kabul etmediğim zaman hangi tehlikelerin sağlığımı tehdit edebileceğini öğrendim.
Bütün bu bilgilendirmelere rağmen şahsımamuayene / tetkik / tedavi yapılmasını kendi rızamla reddediyorum ve doğacak sorumlulukları üstleniyorum.
Hasta veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı: (kendi el yazısı ile)

Hasta veya kanuni temsilcisinin imzası:

Tanıklık eden (hasta yakını yoksa hastane yetkilisi) adı soyadı:
Tanıklık eden imzası:

Tarih: Saat:

Hasta temsilcisinin (varsa) akrabalığı:
Ev telefonu:
İş telefonu: