

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 1

**Hastanın Ad-Soyadı:**

Acil Durumlarda Onam Alınacak Yasal Temsilcisinin veya Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin Veli / Vasinin

Adı-Soyadı: ..... Tel. No: .....

**SAYIN HASTA / VEKİL YASAL TEMSİLCİSİ**

- **Sayın Hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.**
- İstedığınız zaman verdiğiniz onamı (rızaı) geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır.
- Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı'nı sizin belirleyeceğiniz bir görüşme tanışının da imzalaması gerekmektedir.
- Aydınlatılmış Onam Belgesinde tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanması için verdiğim izni, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla geri çekiyorum.

Tarih: .....

**HASTANIN:**

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

**HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:**

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

**HASTADAN SORUMLU HEKİMİN**

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

**GÖRÜŞME TANIĞI:**

Adı-Soyadı: .....

Adresi: .....

Tel. No: .....

İmza: .....