

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
RG.YD.06	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

SAYIN HASTA / VEKİL YASAL TEMSİLCİSİ

Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması sağlık hizmet sunumunun ayrılmaz bir parçasıdır. İnsan hakları ilkesi gereği, kişinin yaşamını sürdürmesi, geleceğini belirleme ve bedeni üzerinde tasarrufta bulunma hakkının yansıma olarak, hastanemizde tedavi olan hastalar, uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgilendirilerek, müdahale öncesi rızaları alınmaktadır.

- İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilere alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; sağlık durumunuz hakkında kendinizin, yakınlarınız ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilirsiniz. Bilgi verilmemesi talebinizi istediğiniz zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilirsiniz. **'Böyle bir talebiniz var ise alt bölümü doldurunuz.'**

Sağlık durumum hakkında bilgilendirilmek istemiyorum. Doktorum tarafından planlanarak uygun görülen her türlü tıbbi müdahaleyi kabul ediyorum.

Hasta veya Kanuni Temsilcisi Adı Soyadı:

Tarih:

- Hastalarımızın kendilerinin bilgilendirilmesi esastır. Hastamızın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.
- Aynı şikayet ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumunuz hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilirsiniz.
- Hastalarımız kanuni temsilcileri tarafından rıza verilmemesi durumunda, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, tıbbi müdahalede bulunabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 346. ve 487. Maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.
- Hastalarımız, tıbbi müdahale sırasında isteklerini açıklayabilecek durumda değil ise; tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri doğrultusunda hareket edilecektir.
- Hastalarımızın rızasının alınmadığı, hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastamızın bir organının kaybına ve fonksiyonuna ifa edemez hale gelmesine yol açacak bir durumun olması halinde, tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastalarımıza gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak mümkünse hastamızın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastamızın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir.
- Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır.
- Rızanız alınırken sizin veya kanuni temsilcinizin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatmanız esastır. Göstermiş olduğunuz rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işleri de kapsar. Bu doğrultuda, size/ hastanıza doktorunuzun talebi doğrultusunda diğer sağlık mensuplarımız; enjeksiyon ilaç tedavisi, vital bulguların ölçülmesi ve kayıt altına alınması, teşhis ve tedavi amaçlı girişimler (her türlü materyalden tahlil yapılması, her türlü görüntüleme hizmetleri vb) uygulayabileceklerdir.

Daha önce BT tetkiki yapıldı mı?	EVET	HAYIR
Önceki BT tetkiki sırasında damardan ilaç (kontrast madde) verildi mi?	EVET	HAYIR
Önceki BT tetkiki sırasında verilen ilaca karşı alerjik reaksiyon gelişti mi?	EVET	HAYIR
GELİŞTİ İSE LÜTFEN TARİF EDİNİZ...		
İlaç veya gıda alerjisi var mı?	EVET	HAYIR

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
RG.YD.06	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 2

VAR İSE LÜTFEN TARİF EDİNİZ...

Böbrek yetmezliği ve böbrek rahatsızlığınız var mı?

EVET

HAYIR

Gebelik olasılığı var mı?

EVET

HAYIR

Şeker hastalığınız var mı?

EVET

HAYIR

Şeker hastalığı için ağızdan ilaç alıyorsanız lütfen adınız belirtiniz...

Orak hücreli anemi hastalığınız var mı?

EVET

HAYIR

Kalp yetmezliği/ kalp hastalığınız var mı?

EVET

HAYIR

Nörolojik hastalığınız var mı?

EVET

HAYIR

Multipl myelom (kemik iliği hastalığı) var mı?

EVET

HAYIR

Astım veya saman nezlesi öyküsü var mı?

EVET

HAYIR

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şuurum kaybolduğunda veya onay vermeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere.....

İsimli kişiye yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili / yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

.....(El yazınız ile **okuduğumu anladım kabul ediyorum** yazınız.)

Hasta

İmza

Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın vekili / yasal temsilcisi :

İmza

Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hasta onay vermediği takdirde(Hekim dolduracak):.....

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktor:

Ünvanı

İmza

Tarih / Saat

Adı Soyadı :.....