



TEDAVİ VE TETKİK RED FORMU

Doküman Kodu	HD.FR.05
Yayın Tarihi	17.07.2018
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

BARKOD YAPIŞTIRINIZ

...../...../201.... Tarihinde başvuru yaptığım ve
.....servisinde Dr.....
tarafından yapılan kontroller ve tetkikler neticesinde
hastalığımın.....
olduğu tarafıma Hekimim tarafından bildirilmiştir.

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği:.....
- b) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı
üzerindeki muhtemel etkileri:.....
- c) Muhtemel komplikasyonları:
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri:
- e) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri:.....
- f) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği:.....
- g)Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:.....

Hekimim tedavi olmadığım sürece hastalığımın tüm riskleri ile ilgili detaylı olarak bilgi vermiştir.

*“.....”

*Yukarıda boş bırakılan alana hastanın kendi el yazısı ile “Tüm bu bilgilere rağmen hiçbir baskı altında kalmadan ve kendi iradem ile **Tedaviyi/Tetkiki Red Ediyorum.**” yazılmalıdır.

HASTANIN/ VELİ/VASİ VEYA YAKINININ (YAKINLIK DERECESİ)

ADI, SOYADI:.....İmza:.....Saat :/..... TARİH:...../...../20...

ŞAHİDİN ADI SOYADI:.....İmza:.....Saat :/.....TARİH:...../...../20...

NOT: Hastanın Tedaviyi Reddetme adına rıza veremeyecek durumda olması halinde, rıza alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır. Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.

HASTA İLE DİREKT İLETİŞİMİN KURULAMADIĞI DURUMDA İLETİŞİMİ SAĞLAYAN KİŞİNİN (ÖRNEĞİN TERCÜMAN):

Adı,soyadı:.....

Adresi:.....

DOKTORUN ADI SOYADI ÜNVANI:.....İMZASI:.....

Saat:...../.....TARİH:...../...../20...