

AMELİYAT ONAM FORMU

Hasta Adı - Soyadı:	Protokol No:	Tarih:
Doğum Tarihi:	Cinsiyeti:	
Ön Tanı:	Yapılan İşlem:	

a) Hastanın durumu

Ana hatları ANAMNEZ, MUAYENE VE PLANLAMA FORMU'NDA yer alan ve bana anlatılan plan doğrultusunda benim / çocuğumun ağız diş sağlığı durumu hakkında bilgi sahibi oldum.

b) Önerilen tedavi ve müdahaleler hakkında bilgi

Bana anlatılan plan doğrultusunda, önerilen tedavi ve müdahaleler hakkında bilgi sahibi oldum.

- Uygulanacak cerrahi işlem ve olası komplikasyonlarına yönelik detaylı bilgi verildi ve onayım alındı.
- Kliniğinizde kaldığım (veya hastamın klinikte kaldığı) süre içinde ödemem (veya hastamın ödemesi) gereken bütün ücretleri ödeyeceğimi yükümlenirim.
- İlgili hekimin gerekli göreceği bütün cerrahi ve tıbbi işlemlerle ve gerekli ise genel anesteze / sedasyon uygulamasını kabul ediyorum.
- Mevcut sistemik hastalıklarım hakkında hekime açık ve detaylı bilgi verdim.
- İlaç bağımlılığım (Eroin, kokain vb.) yoktur ve kullandığım ilaçlar hakkında hekime bilgi verdim.
- Muayene ve tedavilerimizle ilgili olarak kliniğinizde düzenlenen gözlem notlarını, hasta dosyalarını ve fotoğrafları istemeyeceğimi kabul ederim.

Hastanın Protokol Numarası:.....

Bilgilendirme Tarihi:/ /

Hastanın;

Ad Soyad:
Tel:
Adres:.....
İmza:

veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*

Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:
Tel:
Adres:.....
İmza:

Onam Tarihi://

Hastanın;

Ad Soyad:
Tel:
Adres:.....
İmza:

veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*

Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:
Tel:
Adres:.....
İmza:

Hekim Ad Soyad: Tarih:Kaşe/İmza:

Şahit** Ad Soyad: İmza: Adres:

* Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır

** Şahit hukuken sorumlu kişi adına şahitlik yapma vasıflarına sahip bir ikinci kişidir.