

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.FR.05
		YAYIN TARİHİ	13.10.2023
		REVİZYON NO	0
	TEDAVİYİ REDDETME FORMU	REVİZYON TARİHİ	-
		SAYFA NO	1

BARKOD

REDDİN SEBEBİ:

REDDİN GEÇERLİLİĞİNE İLİŞKİN KOŞULLARIN SAĞLANMA DURUMU:

- 1 .Etki altında kalmadan kendi isteği ile karar verme durumu ☐ EVET ☐ HAYIR
2. Kişinin hizmet almama durumunda yaşayacağı olası sonuçlar hakkında bilgilendirilmesi ☐ EVET ☐ HAYIR
3. Reddin sunulacak hizmet ile doğrudan ilişkili olması ☐ EVET ☐ HAYIR
4. Kişinin verdiği kararın sonuçlarını değerlendirebilecek kapasite ve bilinç düzeyine sahip olması ☐ EVET ☐ HAYIR

HASTANIN YA DA YASAL VEKİLİNİN REDDE İLİŞKİN YAZILI BEYANI

Bilincim açık olarak, doktorumdan tıbbi durumumun ne olduğunu öğrendim ve hastalığımla ilgili olarak hangi muayene, tetkik, tedavi ve girişimlerin uygulanması gerektiği konusunda bilgi aldım. Oluşabilecek komplikasyonlar (istenmeyen etkiler) ve riskleri ayrıntıları ile anlatıldı. Bu girişim, tetkik ve tedavileri kabul etmediğim zaman hangi tehlikelerin sağlığını tehdit edebileceğini öğrendim.

Bütün bu bilgilendirmeye rağmen şahsıma uygulanacak olan girişimin/ tedavinin yapılmasını kendi rızam ile reddediyor ve doğacak sorumlulukları üstleniyorum.

Tarih / Saat:

Hasta Adı Soyadı:

İmza:

Hasta Yakını (Yasal Temsilcisi, Veli, Vasi)

Adı Soyadı:

İmza:

Tercüman (Gerektiğinde) Adı Soyadı:

İmza:

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN ADI SOYADI
İMZA, KAŞE

NOT: Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanamadığı hallerde, hastanın yasal vekilinin yazılı onayı varsa hizmet sunumu gerçekleştirilmelidir.