



## **CERRAHİ İŞLEM VEYA TEDAVİ ONAYI**

1. Bu belge ile Dr. \_\_\_\_\_ ve asistanlarını tedavimi ve ameliyatımı yapmak üzere yetkili kılıyorum. Aşağıda yazılı bilgi formunu / formlarını aldım.
2. Ameliyat sırasında veya anestezi ve tıbbi tedavi sırasında, önceden tahmin edilemeyen durumların yukarıda belirtilenlerden daha değişik işlemler gerektirebileceği hakkında fikir sahibiyim. Bu nedenle, yukarıda adı geçen doktor ve asistanlarını mesleki bilgilerinin ışığında gerekli değerlendirmeyi yapıp, bu tür işlemleri uygulamada yetkili kılıyorum. Bu paragrafla verilen yetki ameliyata başlarken doktorumun önceden bilemeyeceği ve tedavi gerektiren durumları da içerir.
3. Tavsiye edilen ve gerekli olan anestezi maddelerinin verilmesini onaylıyorum. Bütün anestezi türlerinin risk içerdiğini, istenmeyen durumlara (komplikasyon) hasarlara ve bazen ölüme sebep olabildiğini biliyorum.
4. Sonuçlar hakkında kimse tarafından hiçbir garanti verilemeyeceğini kabul ediyorum.
5. Sadece tıbbi bilimsel veya eğitim amaçlı olarak, ameliyat öncesinde, sırasında ve sonrasında fotoğraf ve film çekilmesini, kimliğimin saklı tutulması kaydıyla vücudumun, uygun bölgelerinin görüntülenmesini onaylıyorum.
6. Tıbbi eğitime katkıda bulunması amacı ile ameliyathanede izleyicilerin bulunmasına izin veriyorum.
7. Ameliyat sırasında gerektiği takdirde vücudumdan her türlü dokunun alınmasına incelenmesine ve hastane kayıtları için saklanmasına izin veriyorum.
8. Gerektiği durumlarda, yasal bildirim açısından hasta, bilgilerimin resmi makamlara açıklanmasına izin veriyorum.
9. Aşağıdaki bilgiler anlayabileceğim bir şekilde bana açıklanmıştır.
  - a. Yukarıdaki cerrahi işlemin ya da tedavinin yapılacağı...
  - b. Diğer tedavi seçeneklerinin varlığı...
  - c. Tedavi ya da cerrahi işlemin riskler içerdiği...

Tedavi ya da cerrahi işlemi ve yukarıda belirtilen maddeleri onaylıyorum, isteğim doğrultusunda ayrıntılı bilgi, alternatif tedavi yolları hakkında bilgi ve tedavinin riskleri hakkında bilgi verilmiştir.

**Kendi el yazınız ile " okuduğumu anladım " yazınız**

.....

Hastanın adı soyadı.....İmza.....

Tarih...../...../..... Saat:.....

Hasta yakını

adı soyadı .....İmza.....

Tarih...../...../..... Saat:.....

Yakınlık derecesi.....

Hekimin adı soyadı..... İmza.....

Tarih...../...../..... Saat:.....

Hastadan onam alınmayıp yakınından onam alınma  
nedeni.....

**Hasta 18 yaşından küçükse, bilinci kapalıysa veya imza yetkisi yoksa, onay yakını tarafından verilir.**