



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
MUVAFAKATNAME FORMU

...../...../.....

Hastanın Adı Soyadı :

Protokol Numarası :

Tababet ve şuaabatı san'atlarının tarzı icrasına dair 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı kanunun 70. maddesine göre; ben / hastam Hastalığımın / hastalığının teşhis ve tedavisi için İÜ Onkoloji Enstitüsü öğretim üyesi ve hekimleri tarafından yapılması planlanan tetkiklere, tıbbi işlemlere, tedavilere ve oluşabilecek komplikasyonların tedavisine ve her türlü sonuca kendi rızam ile onay veririm.

Adı - Soyadı :

İmzası :

İmza sahibinin daimi ikametgah adresi :

.....
.....