



**İÜ  
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ  
AYDINLATIMIŞ ONAMI  
GERİ ÇEKME FORMU**

Hastanın Adı-Soyadı: .....  
Doğum Tarihi: .....

Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin Veli / Vasinin.....  
Adı-Soyadı: .....  
Tel. No: .....

**Sayın Hastamız, lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.**

Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı'nı sizin belirleyeceğiniz bir görüşme tanışının da imzalaması gerekmektedir.

Aydınlatılmış Onam Belgesinde tanımlanan ..... girişiminin /işleminin uygulanması için verdiğim izni, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkındave bilincinde olarak kendi rızamla geri çekiyorum.

Tarih: .....  
HASTANIN:  
Adı-Soyadı: .....  
İmza: .....

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:  
Adı-Soyadı: .....  
İmza: .....

HASTADAN SORUMLU HEKİMİN:  
Adı-Soyadı: .....  
İmza: .....

GÖRÜŞME TANIĞININ:  
Adı-Soyadı: .....  
Adresi: .....  
Tel. No: .....  
İmza: .....