



iÜ Onkoloji Enstitüsü

Muayene, Tetkik, Tedavi ve Tıbbi Girişim Red Formu (Erişkin Hastalar)

Bilincim açık olarak, doktorumdan, tıbbi durumumun ne olduğunu öğrendim ve hastalığımla ilgili olarak hangi muayene, tetkik, tedavi ve girişimlerin uygulanması gerektiği konusunda ayrıntısıyla bilgilendirildim. Oluşabilecek komplikasyonlar (**istenmeyen etkiler**) ve durumlar, riskler ayrıntıları ile aktarıldı. Önerilen tetkik ve tedavileri kabul etmediğimde sağlığımla ilgili olarak hangi tehlikelere maruz kalabileceğimi öğrendim.

Tüm bu bilgilendirmeye rağmen şahsıma herhangi bir

- Muayene
 Tetkik
 Tıbbi Girişim
 Tedavi KT RT Diğer.....

yapılmasını kendi rızam ile reddediyor ve bu reddin sonucunda ortaya çıkabilecek bütün sorumlulukları üstleniyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih : / /

Saat :

Adres :

Ev Tel. : İş Tel.: Cep Tel.:

İmza :

Sahidin Adı Soyadı:

Adres :

Ev Tel. : İş Tel.: Cep Tel.:

İmza :

(Doktor tarafından doldurulacak kısım)

Doktorun Adı Soyadı :

İmza :

Önerilen tıbbi girişim, tedavi ya da tetkik :

Hastanın bu işlemi red gerekçesi :

.....

.....