



İÜ

Onkoloji Enstitüsü

Muayene, Tetkik, Tedavi ve Tıbbi Girişim Red Formu

(Çocuk veya şuuru yerinde olmayan hastalar)

Bilincim açık olarak, ilgili doktordan, hastamızın tıbbi durumunun ne olduğunu **öğrendim/öğrendik** ve hastamızın hastalığı ile ilgili olarak hangi muayene, tetkik, tedavi ve girişimlerin uygulanması gerektiği konusunda ayrıntısıyla **bilgilendirildim/bilgilendirildik**. Hastamızla ilgili olarak oluşabilecek komplikasyonlar (istenmeyen etkiler) ve durumlar, riskler ayrıntıları ile aktarıldı. Önerilen tetkik ve tedavileri kabul **etmediğimde/etmediğimizde** hastamızın sağlığı ile ilgili olarak hangi tehlikelere maruz kalabileceğini **öğrendim/öğrendik**.

Tüm bu bilgilendirmeye rağmen hastamıza herhangi bir

Muayene

Tetkik

Tıbbi Girişim

Tedavi

KT

RT

Diğer.....

yapılmasını kendi **rızam/rızamız** ile reddediyor ve bu reddin sonucunda ortaya çıkabilecek bütün sorumlulukları **üstleniyorum/üstleniyoruz**.

Hastanın Adı Soyadı :

Tarih :

Saat :

Birinci Hasta Yakınının Adı Soyadı :

Yakınlık derecesi :

Adres :

Ev Tel. : İş Tel.: Cep Tel.:

İmza :

İkinci Hasta Yakınının Adı Soyadı :

Yakınlık derecesi :

Adres :

Ev Tel. : İş Tel.: Cep Tel.:

İmza :

Şahidin 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 :

.....

.....