**İÜ**
**ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**
**MUVAFAKATNAME FORMU**

……../……../……..

Hastanın Adı Soyadı :……

Protokol Numarası :……

Tababet ve şuabatı 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.

• Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına **izin veriyorum.**

• Kendim ile ilgili tıbbi kayıtlara, aşağıda bilgileri yer alan yakınımın erişimine **izin veriyorum.**

Hasta yakınının

Adı-Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

Hastanın ya da yakının/veli-vasisinin
Adı - Soyadı :

İmzası :

İmza sahibinin daimi ikametgah adresi :

……..

……..

Tel. No 1:.....

Tel. No 2:.....