

HASTA BİLGİ VE ONAM FORMU (İnvazif İşlemler İçin)

1- Doktorumun yetkisi, gözlemi ve yöntemi altında, hastalığım veya tıbbi durumum için bana / vekili olduğum hastaya; aşağıda belirtilen operasyonunun veya prosedürün gerçekleştirilmesine yetki veriyorum.

Uygulanacak işlem

2- Doktorum aşağıda kısaca belirtilen konularda beni bilgilendirdi

3- a) Önerilen tedavinin amacı ve alternatif tedavi yöntemleri

b) bu işleme bağlı enfeksiyon, skarlaşma (yara izi) hipo veya hiperpigmentasyon (İşlem yerinde deriden daha açık veya deriden daha koyu renk değişikliği) gibi yan etkilerin olabileceği, bazen de beklenen yararın sağlanamayabileceği

c) Önerilen tedavi yapılmazsa ne olabileceği

d) Tedavinin gerekirse belirli aralıklarla tekrarlanabileceği

4- bu prosedür sırasında, öngörülmeyen şartlar oluşursa, prosedürün natürünün değiştirilebileceği veya başka bir operasyon yapılabileceği anlatıldı.

5- Önerilen tedavinin sonuçları hakkında herhangi bir garantinin olmadığı konusunda bilgilendirildim.

Hastanın Adı Soyadı

Tarih

Hastanın İmzası:

Doktor

(veya hastanın ebeveyni/yasal temsilcisi)

Tanık