



EGE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**TETKİK VE TEDAVİ RED/DEVAM ETMEME ONAM
FORMU**

Doküman Kodu	SHB.RB.01
Yayın Tarihi	27.05.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	1 / 1

Bilincim açık olarak, diş hekimimden tıbbi durumumun ne olduğunu öğrendim ve hastalığım ile ilgili olarak muayene, tetkik ve girişimlerin uygulanması gerektiği konusunda bilgi aldım. Oluşabilecek yan etki ve riskler ayrıntılı olarak anlatıldı. Bu tetkik ve tedavileri kabul etmediğim takdirde hani tehlikelerin sağlığımı tehdit edebileceğini öğrendim. Bütün bu bilgilendirmeye rağmen şahsıma herhangi bir muayene, tetkik, tedavi ve girişim yapılmasını kendi rızam ile reddediyor/devam etmiyorum ve doğacak sorumlulukları üstleniyorum

Hasta veya Yasal Temsilcisi

Sorumlu Doktor

Hastanın Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı :

Tanı:

Tarih :

Yakınlık Derecesi :

İmza :

Telefon No:

Tarih:.....

İmza :

Hekimi Tarafından Önerilen Tedavi

.....

Red/Devam etmeme Nedeni

.....

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz).