



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Doküman Kodu: HB.FR.19

Yayın Tarihi : 03.01.2018

Revizyon Tarihi:

Revizyon No : 00

**TEDAVİ RED FORMU**

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 ve tıbbi girişim yapılmasını kendi rızam ile reddediyorum ve bu reddin sonucunda ortaya çıkabilecek bütün sorumlulukları üstleniyorum.

Hastanın/ Yakınını Adı Soyadı:

Tarih : ..... / ..... / .....

Saat : .....

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 :

Önerilen tıbbi girişim, tedavi ya da tetkik : .....

Hastanın bu işlemi red gerekçesi : .....

.....

.....

İmza:

**\*Hastanın hayati riskinin bulunması durumunda doktor inisiyatifi ile tedavi sürdürülebilir.**

**\*\*Hastanın reşit olmaması durumunda red onayı birinci dereceden reşit olan yakını tarafından verilebilir.**