

HASTALIK TANI VE TEDAVISI ILE ILGILI AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ

1. Ben, / adlı hastanın vekili/kanuni temsilcisi olarak bu yazılı belgede hastalığıma ve tedavime ilişkin tüm bilgiler, risk ve tehlikeli durumları okudum/ okuma bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/ tercüme edilerek bana anlayabileceğim şekilde anlatıldı.
2. Hastalığımla ilgili olarak gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya gerek olmadan yapmak, sonuçlara varmak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere, Dr. / hastanesini, hemşire, ebe ve diğer sağlık teknisyenlerini, asistan ve uzman doktorları ile birlikte hastalığımla ilgili tüm ilgili klinik/anabilim/bilim dallarını yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasına izin veriyorum.
3. Bana söylenenlerin tümünü anladım ve kendi cümlelerimle ifade edebilirim.
4. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak doktorların bütün sorularımı açık biçimde yanıtladı ve hastalığım ve tedavisi ile ilgili olarak tüm tanı ve tedavi alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığını, kaygılarımı benimle konuştu.
5. Hastalık veya sakatlığımın ne olduğunu, kapsamını ve tedavi edilmediğinde ne tehlike ve sakıncalara yol açacağını biliyorum ve anladım.
6. Sorunumla ilgili önerilen işlemlerin ne olduğunu biliyorum.
7. Sorunumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.
8. Uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili olarak sorularıma ayrıntılı yanıt verilmiş olup her yöntemin iyi ve kötü yönleri ile anestezi uygulaması öncesi ve sonrasında dikkat etmem gereken konular tarafıma açıklandı.
9. Tedavi sırasında başka bulgular saptandığında bir doku veya organın çıkarılabileceğini veya gerekli görüldüğü taktirde histopatolojik inceleme yapılarak tedavinin hasta yararına olmak üzere seyrinin değişebileceğini anladım ve bu girişimi kabul ediyorum.
10. Bu işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.
11. Başarı olasılığının ne olduğunu biliyorum.
12. Bana önerilen işlemin benim için en iyisi olduğuna inanıyorum ve kabul ediyorum.
13. Tedavi olmadımda ne olabileceğini biliyorum.
14. Aydınlatılmış onam formunun ne anlama geldiğini biliyorum.
15. İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu değişikliklerden doktorum haberdar oldu.
16. Tıbbi girişimi yapacak kişilerin kimliklerini ve özelliklerini biliyorum ve kabul ediyorum.
17. Aklım başımda ve kendimi, kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.
18. Bu girişimden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum ve kabul ediyorum.
19. İstemezsem bu girişime onam vermek zorunda olmadığını biliyorum.
20. Ameliyatın eğitim amacıyla bir doktora yapılabileceğini anladım ve kabul ediyorum.
21. Doktor operasyon esnasında yaşamımı tehdit edebilecek acil durumlar gelişebileceğini açıkladı. Böyle bir durumda girişimin tamamlanmadan iptal edilebileceği bana anlatıldı ve kabul ediyorum.
22. Ameliyat sırasında fotoğraf yada video kayıt yapılabileceğini ve bunların eğitim amaçlı kullanılabileceğini anladım.
23. Bu ameliyatın durumumun düzelmesinde bir garantisi olmadığını anladım ve kabul ediyorum.
24. Bu belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Tarih ___/___/___ Saat ___:___

| | |
|--|------|
| Bilgilendirme Yapan Doktor | imza |
| Hastanın Adı, Soyadı Adresi | imza |
| Şahit Adı, Soyadı Adresi | imza |
| (Varsa) Çevirmen/Yasal Temsilci Adı, Soyadı Adresi | imza |

Hastanın bilincinin kapalı olduğu durumlarda, varsa hasta yakınının, yoksa 2 doktorun tanıklığında yukarıda belirtilen kriterler geçerli olacaktır.

| | |
|---------------------------------------|------|
| Hasta Yakını Adı, Soyadı | imza |
| Tanıklık Eden Kişi Adı, Soyadı | imza |
| Tanıklık Eden Kişi Adı, Soyadı | imza |

18 yaşından küçüklerde ve vesayet altında bulunanlarda

| | |
|---|------|
| Veli, Vasi veya Yasal Temsilci Adı, Soyadı Adresi | imza |
|---|------|