


	TEDAVİ TETKİK RED FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.FR.03	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/1

Adı Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:

Protokol No:
Tarih:

Tarih : Yukarıdaki tarih ve saatte hastanın muayenesi Urartu göz Tıp Merkezinde tamamlandı / tamamlanmadı.Olası tanılar şunlardır;	Saat : Yukarıdaki tarih ve saatte hastanın muayenesi Urartu göz Tıp Merkezinde tamamlandı / tamamlanmadı.Olası tanılar şunlardır;	
Hastanın sorunu aşağıdaki girişim / tetkik / tedaviyi gerektirmektedir.		
Belirtilen tıbbi durum için uygulanacak muayene, girişim, tetkik / tedaviyi kabul etmediği takdirde aşağıdaki sonuçların doğabileceği hastaya ayrıntılı olarak anlatıldı.		
Sorumlu Doktor: Adı Soyadı :	İmza:	Kaşe:
Bilincim açık olarak hastalığımın ne olduğu ve hangi muayene , tetkik ve tedavilerin uygulanması gerektiği konusunda doktorumdan etraflıca bilgi aldım.Bu tetkik ve tedavileri kabul etmediğim zaman hangi tehlikelerin sağlığıma tehdit edebileceğini öğrendim. Bütün bu bilgilendirmelere rağmen şahsıma..... muayene / tetkik / tedavi yapılmasını kendi rızamla reddediyorum ve doğacak sorumlulukları üstleniyorum. Hasta veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı: (kendi el yazısı ile)		
Hasta veya kanuni temsilcisinin imzası:		
Tanıklık eden (hasta yakını yoksa hastane yetkilisi) adı soyadı: Tanıklık eden imzası:		
Tarih:	Saat:	
Hasta temsilcisinin (varsa) akrabalığı: Ev telefonu: İş telefonu:		