



TEDAVİYİ SONLANDIRMA VE ONAMI GERİ ÇEKME FORMU

Tedavinin yapılması için verdiğim onamı,

..... gibi nedenlerden dolayı, doktorumun da görüşünü alarak ve doktorumun önerilerini kabul etmeyerek, doktorum tarafından bana anlatılan, bu durumda oluşacak riskleri de anlayarak ve kabul ederek, kendi isteğimle geri çekiyorum. Tedavimin sonlandırılması ile ilgili tüm sorumluluk bana aittir

Hastanın Adı – Soyadı :

Hastanın Ebeveyn/Velisinin Adı – Soyadı :

(Yasal yeterliliği olmayan hastalar için hastanın velisi / yasal vasisi tarafından doldurulacaktır.)

T.C Numarası

T.C Numarası

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

Yakınlığı

İmzası.....

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

İmzası :.....

Katılımcı ile Görüşen Doktorun:

Adı Soyadı :.....

Adresi/Tel:.....

İmza :

ŞAHİD

Adı Soyadı :.....

Adresi/Tel:.....

TC Kimlik No :

İmzası :

BU ONAM TEK SAYFA VE İKİ NÜSHA OLARAK HAZIRLANMIŞ VE BİR NÜSHASI HASTAYA VERİLMİŞTİR.

