

**AYDINLATILMIŞ
ONAM BELGESİ
SÖZLEŐME ÖRNEĐİ**

..... HASTANESİ

Tanısal, Tedavi Amaçlı Girişim ve Tedaviler İçin**AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ***

Ad-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Adresi:

Tel. No:

Acil Durumlarda Onam Alınacak Yasal Temsilcisinin

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel. No:

Kanuni Yeterliliđi Olmayan Hastalar İçin Veli / Vasinin

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel. No:

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığını ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığını ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İsteddiğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

1. BİLGİLENDİRME

BU BÖLÜM HASTANIN HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:

Bilgilendirme sürecinde, tıbbi terimlerden olabildiğince kaçınarak ve sade bir dille, hastanın durumunu anlamasının sağlanması (aydınlatma) hekimin sorumluluğundadır.

HASTAYI / YASAL TEMSİLCİSİNİ / VASİSİNİ,

- Hastalığın ön tanısı / tanısı ve özellikleri;
- Önerilen işlemin / tedavinin adı, uygulanış biçimi, beklenen yararları, sıklıkla karşılaşılan ciddi riskleri;
- Önerilen işlemi / tedaviyi ertelemenin ya da almamanın sonuçları;
- Girişim / tedavi sırasında gereksinim duyulabilecek ek girişimler ve riskleri;
- Varsa uygun diğer işlem / tedavi seçenekleri, bu seçeneklerin yararları ve riskleri;
- Hastanede tahmini kalış süresi ve hastaya getireceği mali yük konusunda gerekli açıklamaları yaparak bilgilendirdim ve bu bilgileri anlamasını sağladım.
- Özellikle kaygı duyduğu şeyler konusunda soru sormasını sağladım.

Hastayı bilgilendirme amacıyla aşağıdaki broşürler sağlandı.

.....
.....
.....
.....
.....

Önerilen işlem / tedavi süreci:

- Genel ve / veya bölgesel anestezi uygulanmasını gerektiriyor
- Lokal anestezi uygulanmasını gerektiriyor
- Sedasyon uygulanmasını gerektiriyor

Diğer bilgiler:

.....
.....
.....
.....

Tarih:

HASTADAN SORUMLU HEKİMİN

Adı-Soyadı:

Kurum Sicil No:

İmza:

Tarih:

2. ONAM (RIZA, İZİN)

BU BÖLÜMÜN, HASTA TARAFINDAN OKUNDUKTAN SONRA KENDİ EL YAZISI İLE DOLDURULMASININ SAĞLANMASI HEKİMİN SORUMLULUĞUNDADIR:

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığını tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımlın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- **Özel muayene isteminde bulunan hastalar için:** Girişimin / tedavinin bir öğretim üyesi/görevlisi tarafından uygulanacağı bana garanti edildi.
- **Anestezi alacak hastalar için:** Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

- Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını:

KABUL EDİYORUM KABUL ETMİYORUM

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına:

İZİN VERİYORUM İZİN VERMİYORUM

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:

İZİN VERİYORUM İZİN VERMİYORUM

Tarih:

HASTANIN:

Adı-Soyadı:

İmza:

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:

Adı-Soyadı:

İmza: