|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BİLGİLENDİRİLMEYİ RET ETME TUTANAĞI** |  |

|  |
| --- |
| (Yukarıdaki boş alana hastanın kendi el yazısı ile **“Hasta Hakları Yönetmeliği”nin ilgili maddesi gereğince hastalığım ve tedavisi için uygulanacak tıbbi ve cerrahi işlemler konusunda tarafıma ve/veya yakınlarıma bilgi verilmesini istemiyorum ve yapılacak tüm işlemlere hiçbir zorlamaya maruz kalmaksızın kendi irademle izin veriyorum** ibaresi yazdırılacaktır. Sadece kendisi bilgilendirilmek istemiyorsa **“tarafıma”**, sadece yakınlarının bilgilendirilmesini istemiyorsa **“yakınlarıma”**, hiçbirini istemiyorsa **“tarafıma ve yakınlarıma”** ibaresi yazdırılacaktır.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **HASTA** | **VELİ/VASİ** | **HEKİM** |
| **AD/SOYAD** |  |  |  |
| **TC KİMLİK NO** |  |  |  |
| **TELEFON NO** |  |  |  |
| **TARİH** |  |  |  |
| **İMZA** |  |  |  |
| **(VARSA) TERCÜMANIN ADI/SOYADI VE İMZASI** | | | |