



ANESTEZİ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu	FRB.HD.RB.08
Yayın Tarihi	17.01.2015
Revizyon Numarası	01
Revizyon Tarihi	21.09.2016
Sayfa Numarası	1/1

Hasta ile ilgili bilgiler ya da basılmış etiket

TC Kimlik No :
Protokol / Dosya No :
Cinsiyet :
Adı Soyadı :
Doğum Tarihi :

Ben **Özel Konya Farabi Hastanesi**'ne başvurum sonrasında hekimim tarafından gerekli görülen Ameliyat/işlem nedeni ile anestezi uygulayacak olan Doktorumun ve kendisine yardımcı olacak diğer anestezi ve reanimasyon uzmanı, asistan, tekniker/teknisyen ve diğer yardımcılarının hastalığım ile ilgili olarak muayene ve gerekli tetkikleri yapabilmelerine **özgürce izin veriyorum**.

Yapılacak muayene ve tetkikler ile ilgili yöntem bana tamamen açıklanmış olup, bunun; klinik gözlemler, vücudumdaki yaralanma ve hastalık bulguları ile bunların tanı ve takibine yarayacak incelemeler ile laboratuvar analizleri için kan örnekleri ve diğer örneklerin toplanmasını ve testlerinin yapılmasını içereceğini anladım.

Yapılacak muayene ve tetkikler sonrasında hastalığımın tedavisine yönelik olarak yapılması gerekli olabilecek tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlere ile ilgili uygulanabilecek anestezi uygulamaları ve idamesi ile ilgili olarak bana gerekli bilgi ve seçenekler ile bunların sonucunda ortaya çıkacak olan riskli durumlar doktorum tarafından tamamen açıklanmıştır.

Seçebileceğim anestezi yöntemi alternatifleri ile ilgili olarak sorularıma ayrıntılı yanıt verilmiş ve her yöntemin avantaj ve dezavantajları ile anestezi uygulaması sonrasında dikkat etmem gerekli konular tarafıma açıklanmıştır. Uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili olarak bu belgede yer almayan ancak benim öğrenmek istediğim konular ile gerekli görülen uygulamaya özgü diğer bilgilerde tarafıma sunulmuştur. Doktorum tarafından daha sonra da aklıma gelecek soruları da her zaman sorabileceğim ve bu konuda açıklama yapılacağı bilgisi tarafıma verilmiştir. Sunulan seçeneklerin risk, yan etki ve komplikasyonlarını tamamen anlayarak, bu bilgiler ışığında bana önerilen seçenekler arasından;

Genel ☐ Lokal ☐ Spinal ☐ Sedasyon ☐ Anestezi uygulamasını tamamen özgür iradem ile kabul **EDİYORUM**.

Uygulanmasını tercih ettiğim anestezi uygulamasının yapılması sırasında sağlığım açısından bir risk oluşacağının tespit edilmesi veya yapılan girişim sırasında anestezi altında iken başka bir uygulamanın yararına olacağının doktorum tarafından belirlenmesi halinde doktoruma uygun gördüğü anestezi uygulamasını yapması için izin **VERİYORUM**.

Hastanede veya bağlı birimlerindeki laboratuvar örneklerini, tıbbi kayıtları ve hastalığıma ait bilgileri, gerektiğinde herhangi bir fotoğrafımı da kapsamak üzere kimlik bilgilerimin gizli kalması koşulu ile genel sağlık kanunları ve kuralları ile etik kurallar çerçevesinde bilimsel araştırma ve yayınlarda kullanmaları için gerekli yetkiyi **VERİYORUM**.

Yukarıda yazılanlar ile ilgili olarak ortaya çıkacak zarar-zıyanlarda her ne şekilde olursa olsun hastane ve ilgili kişilerin herhangi bir sorumlulukları olmayacağını ve hiçbir talepte bulunmayacağımı beyan ve kabul ederim.

"Bilgilendirilmiş Onay Formu" nun ne anlama geldiğini biliyorum.

Bana verilen bilgilerin tamamını anladım ve bunu ifade edebilirim. Bu formda belirtilenler dışındaki herhangi bir işlemin yalnızca hayatımı kurtarmak ya da sağlığıma gelebilecek ciddi bir zararı önlemek için gerekli olduğunda uygulanacağını anlıyorum.

(Hasta imzalayamayacak durumdaysa ve kabul ettiğini belirttirse aşağıdaki kısmı bir yakınının imzalaması gerekir. Veli ve vasisi de burayı imzalamalıdır)

Hastanın Adı Soyadı :

Hekim Kaşe / İmza

İmza :

Tarih / Saat :