



TEDAVİ VEYA TETKİK RED TUTANAĞI

Doküman Kodu	FRB.HD.RB.01
Yayın Tarihi	05.09.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	---
Sayfa Numarası	1/1

Bilincim açık olarak, hastalığımın ne olduğunu ve hangi muayene, tetkik ve tedavilerin uygulanması gerektiği konusunda doktorumdan etrafıca bilgi aldım. Bu tetkik ve tedavileri kabul etmediğim zaman hangi tehlikelerin sağlığını tehdit edebileceğini öğrendim.

Bütün bu bilgilendirmeye rağmen şahsıma herhangi bir muayene, tetkik veya tedavi yapılmasını kendi rızamla reddediyor ve doğacak sorumlulukları üstleniyorum.

Hasta Veya Kanuni Temsilcisinin Adı, Soyadı (Kendi El Yazısı İle)

Hasta Veya Kanuni Temsilcisinin İmzası

Şehadet Eden (Hasta Yakını, Yoksa Hastane Yetkilisi) Adı, Soyadı

Şehadet Edenin İmzası

Tarih :

Saat :

Hasta Temsilcisinin Varsa Akrabalığı :

Hastanın Ev Adresi :

Ev Telefonu :

İş Telefonu :

Cep Telefonu :