



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

TEDAVİ RED FORMU

Kod: HD.FR.26 Yayın Tarihi:15.06.2021 Revizyon No: Revizyon Tarih: S.N:1/1

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

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

REDDEDİLEN TEDAVİ/TETKİK/MUAYENE

Açıklamayı Yapan Doktor Adı – Soyadı / İmza:

Hasta veya kanuni temsilcisinin imzası:

Hasta yakınının (varsa) akrabalığı: Ev telefonu:

İş telefonu:

Şahitlik yapan(hasta yakını, yoksa hastane yetkilisi) adı-soyadı:

Şahitlik yapanın imzası:

Şahitlik yapan sağlık personelinin adı-soyadı:

Tarih:

...../...../.....

Saat:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Hastane Müdürü	Kalite Koordinatörü	Başhekim