

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	GENEL ANESTEZİ VE SEDASYON KLİNİĞİ HASTA ONAM BELGESİ			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.52	Yayın tarihi 25.01.2024	Revizyon No -	Revizyon tarihi -	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

Sayın hastamız;

Ameliyat öncesi ameliyata hazır olup olmadığınızı değerlendirmek amacıyla bilim dalımıza gönderilmiş bulunuyorsunuz. Bu amaçla tarafımızdan muayene ve gerekirse bazı tetkiklerimiz yapılacaktır. Anestezistiniz ameliyatınızı uygun gördüğü takdirde, uygulanacak olan cerrahi işlem sırasında yapılanları hissetmemeniz ve hatırlamamanız amacıyla size, anestezi uygulayacağız. Bu uygulamalar bilimsel ve etik olarak bütün dünyada kabul edilmiş uygulamalardır. Bu rıza belgesini imzalamış olmanız doktorunuzun tıbbi yükümlülüklerini ve sizin diğer kanuni haklarınıza engel teşkil etmemektedir.

Ben,.....;

..... tarihindehastanesine başvurum sonrasında gerekli görülen ameliyatı nedeni ile anestezi uygulayacak olan Uz. Dr. ile ilgili olarak muayene ve gerekli tetkikleri yapabilmelerine özgürce izin veriyorum.

Yapılacak muayene ve tetkikler ile ilgili yöntem bana tümüyle açıklandı. Bana verilen bilgilendirme formunu okudum. Laboratuvar tahlilleri için kan veya diğer örneklerin alınması, toplanması ve testlerin yapılmasının gereğini anladım.

Yapılacak muayene ve tetkikler sonrasında hastalığımın tedavisine yönelik tıbbi ve cerrahi girişimler için uygulanabilecek anestezi yöntemleri ve bununla ilişkili girişimler ve işlemler ile ilgili olarak bana gerekli bilgi verildi. Seçenekler anlatıldı. Sonucunda ortaya çıkabilecek tehlikeli durumlar doktorum tarafından tamamen açıklandı.

Seçebileceğim anestezi yöntemi ile ilgili olarak sorularıma ayrıntılı yanıt verilmiş ve her yöntemin iyi ve kötü yönleri ile anestezi uygulaması öncesi ve sonrasında dikkat etmem gereken konular tarafıma açıklanmıştır. Uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili olarak bu belgede yer almayan ancak benim öğrenmek istediğim konular da tarafıma açıklanmıştır. Doktorum tarafından daha sonra aklıma gelecek soruları da her zaman sorabileceğim ve bu konuda açıklama yapılacağı bilgisi tarafıma verilmiştir. Sunulan seçeneklerin risk ve tehlikelerini tamamen anlayarak, bu bilgiler ışığında önerilen seçenekler arasından anestezi uygulamasını tamamen özgür iradem ile kabul EDİYORUM.

Planlanan anestezi uygulaması sırasında sağlığım açısından bir tehlike oluşacağının tespit edilmesi veya yapılan girişim sırasında anestezi altında iken başka bir uygulamanın yararına olacağının doktorum tarafından belirlenmesi halinde, doktoruma uygun gördüğü anestezi yöntemi ve bununla ilişkili girişimsel işlemleri uygulaması için izin VERİYORUM.

Yapılacak ameliyat sırasında sağlığım için gerekli görülmesi halinde kan ve kan ürünlerinin nakline de bu belge ile izin VERİYORUM/VERMİYORUM.

Anestezi uygulamasının, yukarıda adlı geçen hekim veya bir başka anestezi uzmanı hekim tarafından uygulanabileceğini kabul ediyorum.

Laboratuvar sonuçları tıbbi kayıtları, röntgen ve benzerleri gibi üzerinde mutlak surette tasarruf hakkım bulunan kişisel verilerin isim ve kimlik zikredilmeden, genel sağlık yasaları ve etik kurallar çerçevesinde bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılması hususunda rıza GÖSTERİYORUM.

Uzm. Dr. Adı Soyadı-Kaşe

Tarih ve İmza

Hasta veya Velisi

Adı Soyadı

Tarih ve İmza