



TEDAVİ RED FORMU / REFUSAL OF TREATMENT FORM

Ünite / Unit: _____

Bölüm / Department: _____

Tedavimden sorumlu olan hekimim / The doctor responsible for treatment;

1. Hastalığım ve şu anki tıbbi durumum hakkında bana bilgi verdi / Gave information about the disease and current medical positions.
2. Hastalığım ve tıbbi durumuma uygun tedavi seçenekleri, olası komplikasyonlar, başarı şansı, tedavi sürecinde karşılaşılabileceğim durumları açıkladı / Appropriate treatment options, possible complications, the chances of success, said states may face in the process of treatment.
3. Önerdiği tedavi ve işlem planını ayrıntılı olarak anlattı / Suggested treatment plan and the process explained in detail.
4. Tedaviyi kabul etmemem halinde karşı karşıya kalabileceğim durumları açıkladı / Do not accept the treatment, we can be faced with situations explained.
5. Sorduğum soruları yanıtladı / Answered my questions.
6. Hastalığım ve tıbbi durumumu anladım / I understand illness and the medical status.

Önerilen tedaviyi; / Recommended to treatment;

- ☐ Kabul etmiyorum / I don't agree.
- ☐ Başka bir sağlık kurumunda tedavime devam edeceğim / I will continue to cure health care institution to another.
- ☐yapılmasını kabul etmiyorum / Other causes.

TIBBİ BİLGİLER / MEDICAL INFORMATION

Tanı / Diagnosis : _____

Planlanan girişim, tedavi /
Proposed intervention, treatment : _____

Ameliyat kodu (belirli ise) /
Surgery code (if defined) : _____

BİLGİLENDİREN HEKİM / INFORMING PHYSICIAN

Adı Soyadı /
Name, Surname: _____

Bilgilendiren Hekim, Kaşe, İmza /
Informing Physician, Seal, Signature: _____

Tarih, Saat / Date, Time: _____

YUKARIDAKİ METNİN TAMAMINI OKUDUM VE ANLADIM. / I HAVE READ AND UNDERSTOOD ALL OF THE TEXT ABOVE.

Hastanın / Patient's
Adı, Soyadı / Name, Surname : _____
Doğum Tarihi / Date of Birth : _____
Hasta No / Patient No : _____

İmza / Signature: _____

Tarih, Saat / Date, Time: _____

Hastanın yasal temsilcisinin / Legal guardian-advocate's

Adı, Soyadı / Name, Surname: _____
Yakınlık derecesi / Relation : _____

İmza / Signature: _____

Tarih, Saat / Date, Time: _____

Eğer hastanın yasal temsilcisinden rıza alındıysa nedenini belirtiniz / Please state the reason(s) if consent has been taken from patient's legal guardian:

☐ Hastanın bilinci kapalı /
Patient is unconscious

☐ Hasta 18 yaşından küçük /
Patient is minor(<18 years old)

☐ Hastanın karar verme yetisi yok
Patient is not legally competent

☐ Acil
Emergency