



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TETKİK VE TEDAVİ RET TUTANAĞI FORMU

Doküman Kodu
HHD. FR.08

Yayın Tarihi
25.12.2024

Revizyon Tarihi

Revizyon No
00

Sayfa Sayısı
1 / 1

Bilincim açık olarak, hastalığının ne olduğunu ve hangi muayene, tetkik ve tedavilerin uygulanması gerektiği konusunda doktorumdan detaylı bilgi aldım. Bu tetkik ve tedavileri kabul etmediğim zaman yaşayacağım olası sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

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

Reddedilen Tedavi /Tetkik /Muayene	
Red Sebebi	

Açıklamayı Yapan Doktor Adı –Soyadı /İmza:

Reddin Geçerliliğine İlişkin Koşulların Sağlanma Durumu

Hasta veya Kanuni Temsilcisinin İmzası:

Hasta Yakınının (Varsa)Akrabalığı:

Ev Telefon No:

İş Telefonu:

Şahitlik Yapan (Hasta Yakını, Yoksa Hastane Yetkilisi) Adı-Soyadı:

Şahitlik Yapanın İmzası:

Şahitlik Yapan Sağlık Personelinin Adı-Soyadı:

Tarih:.././....

Saat:.....