



# BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

## TETKİK VE TEDAVİ RED TUTANAĞI FORMU

DÖK NO:HB.FR.002

YAYIN T.07.03.2022

REV. TARİHİ:

REV. NO: 0

SAYFA SAYISI: 1

### TETKİK VE TEDAVİYİ UYGULAYAN DOKTOR

Tarih:

Saat:

Yukarıdaki tarih ve saatte hastanın muayenesi Bartın Devlet Hastanesi ..... . . . . . klinik/birimde tamamlandı/tamamlanmadı. Olası tanılar şunlardır;

Hastanın sorunu aşağıdaki girişim tetkik/tedaviyi gerektirmektedir;

Belirtilen tıbbi durum için uygulanacak muayene, girişim, tetkik/tedaviyi kabul etmediği takdirde aşağıdaki sonuçların doğabileceği hastaya ayrıntılı olarak anlatıldı.

SORUMLU DOKTOR  
Adı Soyadı

İmza

Kaşe

### TETKİK VE TEDAVİYİ REDDEN HASTA

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

Tedaviyi reddetme sebebim.....

Bütün bu bilgilendirmeye rağmen şahsıma ..... muayene/tetkik/tedavi yapılmasını kendi rızamla red ediyorum ve doğacak sorumlulukları üstleniyorum.

Hasta ve kanuni temsilcisinin Adı Soyadı  
(Kendi el yazısı ile)

Hasta ve kanuni temsilcisinin imzası:

Tanıklık eden Adı Soyadı  
(Hasta yakını, yoksa hastane yetkilisi)

Tanıklık eden imza:

Tarih: ...../...../..... Saat:.....

Hasta temsilcisinin  
(varsa) akrabalığı:

Ev Tel:

Cep Tel