

**Hastanın;**

Adı Soyadı :  
Doğum Tarihi(gün/ay/yıl):  
Protokol No :

**Sayın Hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.**

• İsteddiğiniz zaman verdiğiniz rızayı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır.

• Bilgilendirme ve Rıza Belgesini Geri Çekme Tutanağı'nı sizin belirleyeceğiniz bir görüşme tanığının da imzalaması gerekmektedir.

• .....

.....Bilgilendirme ve Rıza Belgesi'nde tanımlanan girişimin /tedavinin uygulanması için verdiğim izni, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla geri çekiyorum.

Bu bölüme hasta/kanuni velisi, vasisi tarafından “OKUDUM, ANLADIM” yazılacaktır  
.....

Hastanın Adı - Soyadı – İmzası :.....Tarih: ..../..../.... Saat:....

Hastanın Velisi/Yasal Vasisinin  
Adı–Soyadı–İmzası :.....Tarih: ..../..../.... Saat:....

Şahit, Adı - Soyadı – İmzası :.....Tarih: ..../..../.... Saat:....

İşlemi/Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin  
Adı– Soyadı – Unvanı—İmzası :.....Tarih: ..../..../.... Saat:....