

TC MARMARA ÜNİVERSİTESİ GASTROENTEROLOJİ ENSTİTÜSÜ

HASTA ONAM FORMU

Hastanın Adı Soyadı: Yaşı: Cinsiyeti:

**YAPILACAK İŞLEM**: GASTROSKOPİ **[ ]** KOLONOSKOPİ **[ ]** SİGMOİDOSKOPİ **[ ]**

 ÖZOFAGUS MANOMETRİ **[ ]** ANOREKTAL MANOMETRİ **[ ]**

 24 SAATLİK AMBULATUVAR Ph MONİTÖRİZASYONU **[ ]**

**SAĞLIK BİLGİLERİ VE ÖNLEMLER:**

Sağlığınızla ilgili olarak aşağıdaki soruları dikkatle cevaplayın.

**HASTANIN ŞİKAYETLERİ**

**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**KAN SULANDIRICI** KULLANMIYOR [ ] KULLANIYOR [ ]

**ALLERJİ**  VAR[ ] YOK[ ] ............................................................................................................................................

**KALP HASTALIĞI**⁪ VAR [ ] YOK[ ] ............................................................................................................................................

**BÖBREK HASTALIĞI** VAR[ ] YOK[ ]..............................................................................................................................................

**ŞEKER HASTALIĞI** VAR[ ] YOK[ ].. ..........................................................................................................................................

**AKCİĞER HASTALIĞI** VAR[ ] YOK[ ].............................................................................................................................................

**KARACİĞER HASTALIĞI** VAR[ ] YOK[ ]............................................................................................................................................

 **SİGARA** KULLANIYOR[ ] KULLANMIYOR[ ] BIRAKMIŞ[ ]

**BİLİNEN DİĞER HASTALIKLAR**..........................................................................................................................................................

**GEÇİRİLMİŞ AMELİYATLAR**...............................................................................................................................................................

**KULLANILAN İLAÇLAR**......................................................................................................................................................................

**SOYGEÇMİŞTE CİDDİ HASTALIK**........................................................................................................................................................

Doktorumun yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında………………………………………………………………....işlemini üzerimde/vekili olduğum hasta üzerinde gerçekleştirmesine yetki veriyorum. Doktorum nasıl bir işlem yapacağını, amacını, yararlarını ve benzer yöntemleri, olası risk ve yan etkilerini açıkladı ve sorularımı yanıtladı. Aşağıda adı geçen hekim ve ekibinin işlem sırasında ortaya çıkabilecek ve tedavi gerektirebilecek girişimleri gerçekleştirmesine yetki veriyorum. Sedasyon (sakinleştirici ilaç) uygulamasının amacı, yararları ve diğer yöntemler, olası risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verildi ve sorularım yanıtlandı. Kuruma, yetki verdiğim girişim sırasında çıkarılan dokuların muayene, tetkik ve imha edilmesi için yetki veriyorum.

Kimliğim açıklanmadan kan, vücut sıvılarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına

( ) izin veriyorum ( ) izin vermiyorum

Başvuru yapmış olduğum Marmara Üniversitesi Gastroenteroloji Enstitüsü’nde yapılan tedavim sonrasında ve bundan sonra sunulacak sağlık hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen usul ve esaslara göre ilave ücret ödemeyi ve ödediğim ilave ücreti Sosyal Güvenlik Kurumundan talep etmeyeceğimi kabul ve taahhüt ediyorum.

**Yukarıdaki metnin tamamını okuyup anladım.**

**Hastanın adı – soyadı: İşlemi Yapan Hekim:**

**İmza: Tarih:...…/..…./…...**