|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **HASTA SAHİBİ ONAM FORMU** |  |
| YAYIN TARİHİ:01.03.2020 | Revizyon:1 Revizyon Tarihi:17.11.2021 | BELGE NO: MAKÜ.HH.04 |

|  |
| --- |
| MAKÜVET Hayvan Hastanesi’nde görevli Veteriner Hekimler tarafından yapılacak olan;  - Klinik tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim.  - Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği konusunda bilgilendirildim.  - Tedavi/ameliyat uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, tedavimin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü takdirde diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularında bilgilendirildim.  - Sahibi olduğum hastanın tedavisi/ameliyatı hakkında tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen bakımlara ve önerilere uymam gerektiği, yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde uygulamam/uygulatmam gerektiği konusunda bilgilendirildim.  - Uygulanacak tedavilerin/yapılacak ameliyatın ve diğer tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı.  - Muayene sonrasında sahibi olduğum hastaya ait radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların, eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarda anonimleştirilmiş veri olarak kullanılmasına izin veriyorum. - Kişisel verilerimin kamu kurum ve kuruluşları da dâhil olmak üzere üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmasına izin veriyorum  izin vermiyorum  .................................................................................................................................................................  (el yazınız ile “okudum, anladım, kabul ediyorum” yazınız)    Tarih:...................................  Hasta Sahibi Adı-Soyadı:................................................  T.C. Kimlik No’su : ..........................................................  Adresi : ..........................................................................  Telefon : ........................................................................  İmza : ............................................................................    Veteriner Hekimin Adı-Soyadı : ......................................................  Tarih : ............................................................................  İmza : ............................................................................ |