|  |
| --- |
| Bana Uygulanması planlanan tedavi tüm detaylarıyla anlatıldı. Tam olarak bilgilendirildim. Bu tedaviye alternatif olabilecek tedavi şekilleri, bunların avantaj ve dezavantajları izah edildi. Planlanan tedavinin neden seçildiği anlatıldı. Tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek istenmeyen sıkıntı ve zararlar belirtildi. Randevu saatleri ve buna uymanın önemi anlatıldı. Ödenmesi gereken ücretler konusunda bilgilendirildim ve tüm bu giderleri ödemeyi taahhüt ettim. Tedavi sırasında, sonrasında ve kontrollerde not, röntgen, fotoğraf gibi tedaviyle ilgili her türlü kaydın alınabileceği ve kişilik haklarıma saygı göstermek koşuluyla bilimsel amaçla kullanılabileceğini karşılıksız olarak kabul ettim.  Tüm şartları ve sonuçlarıyla birlikte uygulanacak tedaviyi kabul ediyorum.  ………../………./………...  Hekimin Adı Soyadı Hastanın Adı Soyadı    Yapılacak Tedavi: |