

ANESTEZİ VE OPERASYON AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Klinik / Poliklinik / Hastane Adı:	Dosya No	
	Tarih	

HASTA SAHİBİNİN / VEKİLİNİN		HASTANIN	
Adı- Soyadı		Adı	
TCKN		Doğum Tarihi	
Adres		Türü	
Telefon		İrki	
		Cinsiyeti	
		Eşkali	
		Küpe / Çip No	

Operasyon öncesi yukarıda eşkali belirtilen hastanın genel sağlık profilinin belirlenmesi, anesteziye bağlı riskleri minimize etmek adına hayati önem taşır. Bu kapsamda önerilen kan tahlilleri ve diğer diagnostik işlemler, operatör hekimin süreci güvenle yönetmesini sağlar. Hastanın operasyon sabahı (hekim tarafından aksi belirtilmedikçe) 12 saat aç ve 4-6 saat susuz bırakılmış olması gerektiğini bildiğimi beyan ederim.

Uygulanacak cerrahi müdahale ve anestezi işlemleri; modern tıbbi cihazlar ve güncel tekniklerle gerçekleştirilse dahi, her canlıda farklılık gösterebilecek alerjik reaksiyonlar, solunum veya kalp durması, kanama ve enfeksiyon gibi öngörülemeyen komplikasyon risklerini barındırır. Yapılacak müdahale ile ilgili tarafıma hiçbir kesin iyileşme garantisi verilmediğini kabul ediyorum.

Operasyon esnasında ortaya çıkabilecek hayati bir risk durumunda veya hekimin tıbbi gerekçelerle gerekli gördüğü durumlarda; önceden planlanmamış ancak sağlığı korumaya yönelik ek işlemlerin yapılmasını onaylıyorum. Bu işlemlerden doğacak maliyet farklarını ödemeyi kabul ederim.

Tıbbi gerekliliklere uygun olarak gerçekleştirilen operasyon, anestezi ve sonrası bakım sürecinde meydana gelebilecek tüm komplikasyonlardan ötürü Veteriner Hekimi ve yardımcı personeli sorumlu tutmayacağımı beyan ederim. Uygulama sonucu ne olursa olsun, sunulan veteriner hekimlik hizmet bedelini ödemeyi taahhüt ederim.

Yukarıda eşkali belirtilen hastama uygulanacak tüm tıbbi müdahaleler, riskler ve maliyetler hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Kendi hür irademle bu formu okudum, anladım ve onaylıyorum.

Tarih :

Hasta Sahibi / Vekilinin

Adı - Soyadı

İmza