

ÖTENAZİ İZİN FORMU

Klinik / Poliklinik / Hastane Adı:	Dosya No	
	Tarih	

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

Yukarıda eşkali belirlenmiş olan hastamın, tüm müdahalelere rağmen prognozunun kötü olduğu, tıbbi açıdan yapılacak bir işlem kalmadığı , ötenazi yapılmasının uygun olacağı ve yapılacak işlemin detayı tarafıma anlatıldı.

Hastama yetkilileri tarafından ötenazi uygulanmasını kabul ederim.

El yazınız ile "**Okuduğumu anladım, kabul ediyorum.**" yazınız.

Hasta Sahibi

Adı Soyadı

Tarih

İmza