

## TIBBİ UYGULAMALAR İÇİN TEDAVİ İZİN VE AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

**Operasyon Öncesi Tanı** \_\_\_\_\_ :

**Planlanan Operasyon** \_\_\_\_\_ :

**Olası Komplikasyonlar ve Riskler** \_\_\_\_\_ :

Polikliniğinizde tedavi gören ..... isimli, ..... cinsi, ..... renk, ..... yaşındaki dişi/erkek kedinin/köpeğin sahibi/sahibinin yasal temsilcisi olarak tarafıma kedime/köpeğime uygulanacak olan operasyonun amacı, nasıl yapılacağı, yararları, riskleri ve operasyon sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar operasyonu uygulayacak olan veteriner hekim tarafından açıklandı.

Yapılacak operasyon ve bu operasyona alternatif tedavi yöntemleri hakkında sorduğum tüm sorular veteriner hekim tarafından yanıtlandı. Tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalınabilecek olan durumlar açıklanarak, operasyonun başarı şansı ve iyileşme süreci hakkında veteriner hekim tarafından tarafıma bilgi verildi.

Ayrıca veteriner hekim tarafından operasyonun seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez sebeplere bağlı olarak ek bir tıbbi uygulamanın yapılmasının gerekebileceği bilgisi tarafıma verildi. Veteriner hekim tarafından gerekli görülmesi halinde, ek operasyonun ve/veya uygulamanın da yapılmasına onay veriyorum.

Onay vermiş olduğum operasyon sırasında kedimden/köpeğimden çıkarılmış olan doku ya da organın muayene ve tetkik edilmesine, imhasına ya da saklanmasına onay veriyorum.

Aydınlatılmış onam formunu okudum anladım. Veteriner hekim tarafından kedime/köpeğime uygulanacak olan operasyon hakkında ayrıca sözlü olarak bilgilendirildim. Tüm sorularım yanıtlandı. Yapılacak olan operasyonun amacını, yararlarını, risklerini ve olası komplikasyonları anladım. Operasyonun yapılmasına onay veriyorum.

**Hasta Adı** \_\_\_\_\_ :

**Hasta Sahibi Adı/Soyadı** \_\_\_\_\_ **İmzası:**\_\_\_\_\_ **Tarih:**\_\_\_\_\_

**Şahidin Adı Soyadı** \_\_\_\_\_ **İmzası:**\_\_\_\_\_ **Tarih:**\_\_\_\_\_

**Bilgilendirmeyi Yapan**

**Hekimin Adı Soyadı** \_\_\_\_\_ **İmzası:**\_\_\_\_\_

**Tarih:**\_\_\_\_\_