

ANESTEZİ VE OPERASYON İZİN FORMU

Giriş Tarihi:/...../202....

Hasta Yakını
Adı-Soyadı:
Ev Telefonu:
Cep Telefonu:
Adresi:

Hasta
Adı:
Kedi <input type="checkbox"/> Köpek <input type="checkbox"/> Kuş <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Cinsiyet: Erkek <input type="checkbox"/> Dişi <input type="checkbox"/>
Yaşı:
ırkı:
Rengi

Yukarıda eşkali belirlenmiş olan hastanızın anesteziye girmeden önce yapılması önerilen prosedürleri lütfen onaylayınız. Anesteziye alınacak hastanın kan tablosunun belirlenmesi, anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi açısından önemlidir. Bu tahlil sonuçlarının önceden bilinmesi operatörün söz konusu olan operasyona güvenle girmesini ve tamamlanmasını sağlayacaktır.

Yukarıda eşkali verilen hastama yapılacak tıbbi müdahaleyle ilgili bana hiçbir garanti verilmediğini kabul ediyorum. Anestezi, operasyon, tedavi ve diğer tıbbi müdahalelere rağmen, meydana gelebilecek olumsuz sonuçlardan Veteriner Hekimi ve yardımcı personeli sorumlu tutmayacağımı, her durumda belirtilen ücreti ödeyeceğimi taahhüt ederim.

Yapılan operasyon, anestezi ve buna bağlı oluşabilecek komplikasyonlar konusunda uygulamalar öncesinde bilgilendirildim. Operasyon sırasında ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonlar için muayenehanesi/polikliniği/hayvan hastanesi yetkililerini sorumlu tutmayacağımı beyan ederim.

Uygulama öncesi tarafıma bildirilen ücretlere ek olarak, uygulama sırasında benim talebim ya da hekimin tıbbi gerekçelerle ihtiyaç duyduğu işlemleri yapmasını ve bu işlemlerden doğacak ek ücretleri ödemeyi kabul ederim.

Hasta Sahibinin Adı-Soyadı:

TC No:

Tarih:

İmza: