

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

Hastama muayenehanesi/polikliniği/hayvan hastanesi yetkilileri tarafından ötenazi uygulanmasını kabul ederim.

Hasta Sahibinin Adı-Soyadı:

TC No:

Tarih:

İmza: