



T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ



HASTA YATIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :/...../.....

Cinsiyeti : Kadın Erkek

Hasta Kayıt No :

Tarih :/...../.....

Oda No :

Ön Tanı :

Planlanan Tedavi:

Bildirilmesi gerekli özel durum/gereksinim/:

Refakatçi Gereği : Evet Hayır Tahmini Kalış Süresi : Günübirlik 1-3 gün 4 gün ve üzeri

Adli Vaka : Evet Hayır

Yatıran Hekim

Adı-Soyadı :

Tarih:...../...../.....

Saat:.....

İmza/Kaşe:

Telefon:.....

HASTA ONAYI

Yukarıda belirtilmiş olan tanı ve/veya planlanan girişim/tedavinin; doktorumun yetkisi, gözetimi ve yönetimi altında, hastalığım ve tıbbi durumum için uygun şekilde, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından uygulanmasına yetki veriyorum.

Hastanın Adı-Soyadı : Tarih:...../...../.....
İmza Saat:.....

Hastanın Yasal Temsilcisi Adı-Soyadı:..... Tarih:...../...../.....
İmza Saat:.....

Eğer hastanın yasal temsilcisinden rıza alındıysa nedenini belirtiniz/

Hastanın bilinci kapalı/ Hasta 18 yaşından küçük/ Hastanın karar verme yetisi yok Acil/

Açıklama:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden
 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcisinden
 Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

HASTANIN KENDİ ARZUSUYLA HASTANEDEN AYRILIŞ BİLGİLERİ

Hekim.....'nin ikaz ve tavsiyesini kabul etmeyerek mesuliyeti kendime ait olmak üzere hastane terk ve tedaviyi red ediyorum.



T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ



HASTA YATIŞ ONAM FORMU

Hastanın Adı-Soyadı
İmza

:

Tarih:...../...../.....
Saat:.....

HOSGELDİNİZ

Bizimle geçirdiğiniz süre içerisinde tıbbın en gelişmiş teknolojik olanaklarını sunmak başlıca görevimizdir.

Sizlere sağlanan tedavi kalitesi ile hastane işleyişinin disiplin içinde yürümesi arasında çok yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle sizlerden aşağıda sıralanan hastane işleyiş kurallarına uymanızı rica eder, özen ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

- Hastanemiz ZİYARET SAATLERİ, her gün 13.00-14.00 saatleri arasındadır. Ancak ziyaret saatlerine klinik hekimlerinin lüzum görmesi halinde kısıtlama getirilebilir.
- Hastalarımız açısından sakınca doğurabilecek bir durum söz konusu olduğunda ziyaret, hekim iznine bağlıdır.
- Ziyarete gelen kişilerin hasta odasında kalma süresi 20 dakika ile sınırlandırılmıştır. Hastalarımız sağlığı açısından hastane içerisinde **SİGARA İÇMEK KESİNLİKLE YASAKTIR.**
- Enfeksiyon tehlikesi nedeniyle katlara çiçek alınmamaktadır
- Katta ziyaretçilere ve refakatçilere yiyecek/içecek servisi yapılmaması ve kapalı pakette olsa dahi dışarıdan hastanemize yiyecek ve içecek getirilmemelidir. Bu karar titiz hizmet anlayışımızdan ve tıbbi nedenlerden dolayı hastanemiz komitelerince alınmış bir karardır.
- Yatış sırasında her türlü değerli eşyanın hasta tarafından, kendi yakınına teslim edilmesi gerekmektedir. Ancak böyle bir olanağı olmayan hastalar, tutanak karşılığında eşyaların katın sorumlusu hemşirelere emanet edilebilir.
- Belge ile teslim edilmeyen hasta eşyalarından hastane idaresi sorumlu değildir.
- Hastane işleyişi ve düzeni ile ilgili her türlü sor ve sorunlarınızı “Hasta Hakları Birimi ne” iletebilirsiniz.

SAĞLIKLI GÜNLER DİLERİZ...

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Hastanesi ‘nin yukarıda sıralanan işleyiş kurallarına uymayı aynen kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı
İmza

:

Tarih:...../...../.....
Saat:.....



T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ



HASTA YATIŞ ONAM FORMU

Hastanın Yasal Temsilcisi Adı-Soyadı:.....
İmza

Tarih:...../...../.....
Saat:.....