



T.C. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
AĞIZ, DİŞ ve ÇENE SAĞLIĞI EĞİTİM, UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

**GENEL ANESTEZİ RED FORMU**

Doküman Kodu: HHD13.FR.01	Yayın Tarihi: 07.06.2024	Revizyon No: 00	Revizyon Tarihi: 00	Sayfa No: 1 / 1
---------------------------	--------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

HASTA ADI SOYADI:

TC. NO:

YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİ:

GENEL ANESTEZİ NEDENİ:

GENEL ANESTEZİ YAPILMASI PLANLANAN HASTANE:

TARİH:

RED EDEN :

YAKINLIK DERECEŚİ:

RED SEBEBİ :

**REDDİN GEÇERLİLİĞİNE İLİŐKİN KOŐULLARIN SAĞLANMA DURUMU**

Etki altında kalmadan kendi isteđi ile karar verme

KiŐinin hizmet almama durumunda yaŐayacađı olası sonuçlar hakkında bilgilendirme

Reddin sunulacak hizmet ile dođrudan iliŐkili olması

KiŐinin verdiği kararın sonuçlarını değerlendirebilecek kapasite ve bilinç düzeyine sahip olması

AŐađıya hasta veya hasta yakını kendi el yazısı ile "**Genel anestezi ve tedavim konusunda detaylı bilgilendirildim. Etki altında kalmadan, hür irademle genel anestezi yapılması işlemini red ediyorum**" diye yazmalıdır.

Hasta veya Hasta Yakını  
Adı- Soyad ve İmza

Hekim KaŐe- İmza