**TEDAVİ RED FORMU**

 Ben hasta…………………………………, hastalığım ve uygulanacak tedaviler hakkında doktorlarım tarafından bana gerekli ve yeterli bilgi verildi. Tedavi olmamam halinde doğabilecek veya oluşabilecek ölüm riski dahil tüm riskler detaylı olarak doktorlarım tarafından bana anlatıldı. Tüm bunlara rağmen **kendi isteğim ve irademle** tedavi almayı reddediyorum. Doğabilecek her türlü yasal ve tıbbi sorumluluk bana aittir. Tarih:………..…./………/…..….… Saat:…………..

*( El yazısı ile )*

Hasta:………………….……….…..……………..………….…..…..….. İmza……………..………………………

Hasta yakını:………………….………………………….…….……İmza……………....…..………………….

Doktor:…………………………….………………………....…………İmza…………………..……………………