

 HGHOSPITAL Hayatınız Güvende	YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM TEDAVİ RED FORMU	Doküman No	YD FR 01
		Yayın Tarihi	15.01.2025
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1/1

Bebek.....isimli,..... dosya nolu baba
adı.....,anne adı

Olan bebeğimi tedavisini başka bir sağlık merkezinde yaptırmak üzere kendi isteğimle çıkarmak istiyorum.

Tedavisi yapılmaması üzerine bebeğin hayatı tehdit edebilecek sonuçlar doğuracağı veya bebekte ileri yaşlarda kalıcı hasarlara sebebiyet verebileceği tarafımıza doktorum tarafından ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır.

Doktorumun ikaz ve tavsiyelerini kabul etmeyerek mesuliyeti tamamen kendime ait olarak hastaneden ayrıldığımı ve bu kararım sonucunda ortaya çıkabilecek sonuçlar için kurumsal olarak HG Hospital ve kişisel olarak kurumun, hekim ve çalışanların hiçbir yükümlülüğü olmadığı kendi irademle beyan ederim.

Baba adı

Anne adı

Doktor Adı

Şahit Adı :

İmza