…….. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BAĞIŞIKLAMA HİZMETİ BİLGİLENDİRME ONAM FORMU (EK-8)

……..numaralı aile hekimliği biriminde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan …….…… T.C. Kimlik numaralı ……..…… isimli çocuğumun/kendimin bağışıklama hizmetini aile hekimi/aile sağlığı çalışanı tarafından yapılmasını kabul etmediğimi beyan ederim.

Gerek başvurum sırasında ve sonrasında gerek bu formu doldururken sağlık ile ilgili her konuda soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı tarafıma verilmiş, sağlık personeli tarafından oluşabilecek hastalıklar, riskler ve tehlikeler konusunda gerekli danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bu hastalıklar hakkında, bilgilendirildiğim ve aydınlatıldığım halde kendi özgür irademle çocuğumun/kendimin bağışıklama hizmetinin yapılmasına **İZİN VERMİYORUM** tüm sorumluluğu üzerime alarak bu formu imzalıyorum.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

…/…/20… ..../…./20….

…… ……..……

Aile Sağlığı Çalışanı Aile Hekimi

İmza İmza

…./…./20….
……

Kişini kendisi veya çocuğun annesi/babası/vasisi

Adres bilgisi:

Telefon numarası:

İmza

…../…../20…
İSM/TSM BAŞKANI

İmza

□ Aileye veya kişiye ulaşılmış ancak formu imzalamadan imtina etmiştir.