

معاینه عمومی

سند رضایت آگاهانه

شماره فرم: MOF-001	شماره بازبینی / تاریخ: 2026 v09 / 10.07.2026
--------------------	--

شماره پرونده بیمار	تاریخ	
شماره شناسایی ترکیه / گذرنامه	تاریخ تولد	
نام کامل بیمار	جنسیت	
تشخیص		

پزشکم درباره موارد زیر اطلاعات تفصیلی به من داد:

علل احتمالی بیماریام و اینکه چگونه سیر خواهد کرد

اینکه درمان به چه شکلی انجام خواهد شد، به همراه مدت تقریبی و هزینه آن، و اینکه در صورت لزوم می‌تواند از پزشکان دیگر مشاوره (کنسولتاسیون) خواسته شود

سایر گزینه‌های تشخیصی و درمانی و فواید و خطرات این گزینه‌ها و اثرات احتمالی آن‌ها بر سلامتیام

عوارض جانبی و عوارض احتمالی

فواید و خطرات احتمالی‌ای که در صورت رد درمان ممکن است پیش آید

ویژگی‌های مهم داروهایی که استفاده خواهند شد

توصیه‌های سبک زندگی که برای سلامتیام حیاتی است یا مکمل درمانم است

اینکه در مداخلات و/یا درمان‌هایی که پزشکم برنامه‌ریزی کرده، ممکن است با وضعیت (هایی) روبه‌رو شوم که مداخلات و درمان‌هایی افزون بر برنامه‌ریزی‌شده‌ها را لازم کند

اینکه در صورت نیاز چگونه به کمک پزشکی در همان زمینه دسترسی پیدا کنم

درباره بیماریام و روند درمان آگاه شدم. اطلاعاتی را که به‌صورت شفاهی منتقل شد فهمیدم؛ در موضوعاتی که می‌خواستم بدانم، آگاهی یافتم. به پزشکم اعلام کردم که موضوع دیگری برای پرسیدن ندارم. با اراده آزاد خود برای این معاینه رضایت می‌دهم.

امضاها

نام کامل	امضا	تاریخ / ساعت
بیمار		
نماینده قانونی / بستگان بیمار (نسبت:		
پزشک مسئول	Dr. Özgür Akşan	