

|                                                                                   |                             |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|
|  | KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI  | Doküman No:HE-FR-80<br>Yayın Tarihi :27.11.2025         |
|                                                                                   | MÜŞAHADE RIZA VE ONAY FORMU | Revizyon No :00<br>RevizyonTar:....<br>Sayfa No : 1 / 1 |

Yapılan muayenem sonucunda yeşil alan hasta grubunda olduğum tarafıma bildirilmiştir. Serum/müşahade uygulamasını kendi isteğimle kabul ediyorum. Uygulamaya ilişkin **tüm ücretlerin tarafıma ait olduğunu**, bu işlem nedeniyle **SGK'ya, özel sigorta şirketlerine veya üçüncü kişilere hiçbir talepte bulunmayacağımı**, işlem kaydı veya sigorta denetimlerinde bu hizmetin **tıbbi endikasyon olmaksızın tamamen kendi talebimle yapıldığını kabul edeceğimi**; işbu belgeyi **hür irademle ve bilgilendirilmiş olarak** imzaladığımı beyan ve taahhüt ederim.

Hasta Adı Soyadı:

Hasta Yakını Adı Soyadı:

Tarih:

Yakınlık Derecesi:

Saat:

Saat:

İmza:

İmza: