**GENEL ANESTEZİ VE OPERASYON ONAM FORMU**

Aşağıda imzası olan hasta sahibi/bakıcısı .............................................................................................. Veteriner Hekim .......................................................................................tarafından konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım. Uygulanacak olan **tedaviyi/ameliyatı kabul ettim.**

Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla **planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.**

Sahibi/bakıcısı olduğum hayvana yapılacak olan cerrahi girişimin anestezi altında yapılmasının zorunluluk olduğunu, genel anestezinin riskleri olan bir uygulama olabileceği hususunda bilgilendirildim, anestezi uygulaması eksiksiz olarak yapılsa da ameliyat sırasında ve sonrasında istenmeyen bazı durumların (kalıcı hasar ve/veya ölüm dahil) oluşabileceği Veteriner Hekim tarafından tarafıma **anlayabileceğim şekilde açıkça anlatıldı, söylenenleri anladım ve kabul ettim.**

Sahibi/bakıcısı olduğum hayvanın ameliyatı sırasında, ameliyattan ve anesteziden sorumlu Veteriner Hekimler tarafından farklı ve beklenmeyen bir durum ile karşılaşırlarsa, **onların gerekli göreceği tüm işlemleri yapmalarını kendi rızamla kabul ediyorum.**

Tedavi/ameliyat uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, tedavimin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü takdirde diğer hekimlerden **konsültasyon istenebileceği konularında bilgilendirildim, anladım, kabul ettim.**

Sahibi/bakıcısı olduğum hastanın tedavisi/ameliyatı hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen bakımlara ve önerilere uymam gerektiği, yazılacak **reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde uygulamam/uygulatmam gerektiği anlatıldı, anladım ve kabul ettim**.

Uygulanacak tedavilerin/yapılacak ameliyatın ve diğer tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak **tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim.**

Tedaviyi kabul ettikten sonra sahibi/bakıcısı olduğum hastaya ait radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların, eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarda anonimleştirilmiş veri olarak kullanılmasına izin veriyorum. Kişisel verilerimin kamu kurum ve kuruluşları da dahil olmak üzere üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmasına **izin veriyorum/vermiyorum**.

Tedavi ve/veya ameliyat için bırakılan hastanın uygulama sonrası, sahiplerince 48 saat içinde alınmaması durumunda “Sahipsiz Hayvan” olarak tanımlanacak olup, Aksaray Belediyesi Hayvan Barınağına **verileceğini anlayabileceğim şekilde açıkça anlatıldı, söylenenleri anladım ve kabul ettim.**

...................................................................... (el yazınız ile “okudum, anladım, kabul ediyorum” yazınız).

**Tarih**.:…/…./….

**Hasta Sahibi Adı-Soyadı**:..............................

**Telefon : ........................................................................**

**Adresi : ..........................................................................**

**İmza : ............................................................................**

**Veteriner Hekimin Adı-Soyadı :** ......................................................

 **İmza** : …………………...............................