**HASTA MUAYENE KABUL ONAM FORMU**

Aşağıda imzası olan hasta sahibi/bakıcısı ............................................................................................., Veteriner Hekim ..........................................................................................tarafından yapılacak olan muayene, örnek alma gibi tüm girişimler (kan, idrar, biyopsi vb), tıbbi görüntülemeler (röntgen, ultrasonografi vb.) ve bu işlemler yapılırken uygulanacak zapt-u rapt işlemleri (gerekli durumlarda hastanın ağzının bağlanması, Veteriner Hekimler tarafından sedasyon dahil tekniğine uygun şekilde hastanın hareketsiz hale getirilmesi vb.) konusunda bilgilendirildim ve konuyu anladım. Hastama yapılacak tüm uygulamaları **kabul ediyorum/kabul etmiyorum**.

Muayene sırasında özellikle de tıbbi görüntüleme işlemleri sırasında gerektiği durumlarda sahibi olduğum hastaya sedasyon/anestezi uygulanabileceği anlatıldı ve uygulamayı anladım ve yapılacak tüm uygulamaları **kabul ediyorum/kabul etmiyorum.**

Gerekli olan muayene, numune alma veya tıbbi görüntüleme prosedürleri uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olan riskler ve gerekli görüldüğü takdirde diğer veteriner hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularında **bilgilendirildim, anladım ve kabul ettim**.

Hastamın muayenesi ve muayene sırasında yapılacak uygulamalar hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak olan muayene veya analizlerin sonuçları alındıktan sonra çıkan sonuçlara göre **yeni bazı tanısal analizler yaptırılabileceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim**.

Muayene sonrasında sahibi 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 dâhil olmak üzere üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmasına izin veriyorum/vermiyorum**.

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

**Hasta Sahibi Adı-Soyadı**:.............................. **Tarih**.:…/…./….

Telefon : ........................................................................

Adresi : ..........................................................................

İmza : ............................................................................

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

İmza : ............................................................................