



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Nevşehir İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği  
Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi  
Hastane Yöneticiliği  
**YATAN HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU**

|                           |                            |                   |                 |                 |
|---------------------------|----------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| Doküman Kodu<br>YÖN.FR.03 | Yayın Tarihi<br>21.01.2013 | Revizyon No<br>00 | Revizyon Tarihi | Sayfa No<br>1/2 |
|---------------------------|----------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|

**AMAÇ:** Hasta güvenliğinizi sağlamak için yapılacak tetkikler, tanı, tedaviler ve uygulamalar esnasında oluşabilecek riskler hakkında bilgilendirilmeniz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra tetkik ve tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

### 1.TETKİKLER İÇİN

Tanı ve tedavi sürecinde gerekli olan tüm tetkiklerim (kan ve idrar tetkiklerimin yapılmasını, görüntüleme hizmetleri, röntgen, EKG ve bunlar gibi) için gerekli olan işlemlerin yapılmasını hiçbir baskı altında kalmadan, hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim

### 2.TEŞHİS:.....

### 3.UYGULANACAK TEDAVİLER

**A.İLAÇ TEDAVİSİ İÇİN:** Yatış öncesi sürekli kullanmam gereken ilaçlar varsa söylemem ve/veya göstermem gerektiği,doktorun uygun görüp yazdığı ilaçlar dışında kendi kararım ile ilaç almamam gerektiği ,ilaçların dahili (ağızdan alınan) ve/veya harici(enjeksiyon gibi) uygulamalar sonucunda, ilaçların sistemik yan etkileri, alerjik deri reaksiyonları, ilaç etkileşimleri, ilaçların kullanılmaması gereken durumlar konusunda bilgilendirildim

**B. FİZİK TEDAVİ İÇİN :**Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi: Mevcut hastalığımızın tedavisine destek için size fizik tedavi ve/ veya rehabilitasyon uygulanacaktır. Fizik Tedavi insanların daha aktif ve bağımsız, ağrısız olmaları için yapılan ve vücuda dıştan uygulanan bir tedavidir. Uygulama süresi 60 dakikadır.

**Hastanemiz de uygulanan fizik tedavi ajanlarımız:Yüzeysel Sıcaklık :**Hotpack (Sıcak uygulama), Coldpack (Soğuk Uygulama),Fluidoterapi, Enfraruj(Kırmızı Işık)Baker(Semer), Ultraviyole, Whirpool , Parafin

**Derin Sıcaklık:** Kısa Dalga Diatermi , Radar, Ultrason

**Elektro terapi:** Tens ,Enterferansiyel Akım , Diyadinamik Akım Lazer, Galvanik, Faradik Akım,

Magnototerapi, ESWT(Şok Terapi) **Diğer:** Vakum Kompresyon Cihaz, Traksiyon,

**Lokomat (Robotik Yürüme Sistemi ):** robot yardımcı yürüme tedavisidir. Hekimin uygun gördüğü hastalarda

seansların durumu göz önüne alınarak tedavi planı yapılır ve hastalar bilgilendirilir.

**Fizik Tedavi Hangi Durumlarda Uygulanmaz:** Akut iltihabi hastalıklarda, ateşli hastalıklarda, malign

hastalıklarda, enfeksiyonlarda.

**Fizik Tedavisi Nasıl Uygulanır?** İlgili hekim tarafından tedavi süresi ve şekli; hastanın ve hastalığın

durumuna, özelliklerine göre belirlenir .

**Fizik Tedavinin Yan Etkileri Nelerdir?** Fenalık hissi, baş ağrısı, tansiyon yükselmesi, hafif yanıklar, tahriş, kızarma, ağrı artması, elektrik şok, kalp pili ve işitme cihazlarını bozma riski, gözlerde rahatsızlık, basınç ağrıları yapabilir.

### 4.UYGULANACAK TEDAVİNİN OLASI RİSKLERİ:

Olası riskler cilt kızarıklıkları, hassasiyet, cilt yanıkları, kalp ritim bozuklukları, ciltte aşırı duyarlılık, kan basıncı değişiklikleri, eklem kısıtlılıklarının açılması sırasında yumuşak doku, bağ- kas-tendon hasarlanması - kopması, kırık, alerjik deri reaksiyonları, elektrik çarpmasıdır. Bu komplikasyonlar fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına göre hastalarda literatür bilgisi olarak seyrekte olsa görülebilen komplikasyonlar ve sorunlar olarak nitelendirilmektedir.Bu sebeple hastanemizde gerek tedavi sırasında gerekse tedavileriniz arasında bu komplikasyonlarla karşılaşma ihtimalimizin olduğunu ve bunu peşinen kabul ettiğimi beyan ederim .

**C. HİDROTERAPİ TEDAVİSİ İÇİN:** İlgili hekimin uygun görmesi halinde mevcut hastalığının tedavisine destek için size kaplıca tedavisi uygulanacaktır

**Hidroterapi Tedavisinin Amacı:** Vücut direncini artırmaya, genel durumu düzeltmeye, hastanın şikâyetlerini azaltmaya, hastanın bulgularını ortadan kaldırmaya ve kalıcı hasarları önlemeye yardımcı olmak.

**Hidroterapi Tedavisi Nasıl Uygulanır?** Tedavi süresi ve şekli; hastanın ve hastalığın durumuna göre belirlenir

Kaplıca kürü esnasında sebze, meyve ve sıvı ağırlıklı gıdalar tercih edilmelidir. Kaplıca suyu içilmemelidir. **Hidroterapi Tedavisinin Yan Etkileri Nelerdir?** Duyarlı hastalarda sıcağa tahammülsüzlük, fenalık hissi, baş ağrısı, tansiyon yükselmesi, çarpıntı, su elektrolit bozuklukları, ateş vs. olabilir.

**HASTANIN ONAMI :**Başvurmuş olduğum Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi kliniğinde doktorum tarafından hastalığının tanısı ve tedavisi için bazı temel tetkikler ve tedavilere ihtiyaç olduğu, tetkik ve tedaviler sırasında ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlar ve reddettiğimde sağlığımı tehdit edebilecek riskler, yerine uygulanabilecek başka tıbbi yöntemlerin bulunup bulunmadığı, Yatış öncesi sürekli kullanmam gereken ilaçlar varsa söylemem ve/veya göstermem gerektiği, doktorumla paylaşmam konularında, bilgilendirildim.

**Kaplıca ve/veya Hidroterapi, Fizik Tedavi, Rehabilitasyon Almama Engel, Riskli Olarak Belirtilen:** Ateşli hastalıklar, alevli dönemde iltihabi romatizmalı hastalıklar, ağır kansızlık, ağır kalp, karaciğer ve akciğer hastalıkları, kanser ve habis hastalıklar, kanamalı ve kanamaya meyilli hastalıklar, kadınların yoğun adet dönemleri, gebelik ve doğum sonrası ilk dönemler, koroner arter hastalığı, kalp krizi, yakın zamanda kalp anjini-spazmı geçirmiş olanlar, kalp pili olanlar, kan basıncı düzensiz (düşük-yüksek) hastalar, yaygın varisler, iltihabi ve tıkaçıcı damar hastalıkları, kontrol altına alınmamış insüline bağımlı şeker hastalığı, akut veya kronik idrar yolları ve bağırsak tıkanıklıkları, açık yarası, kanaması, bulaşıcı hastalığı olanlar, 6–12 aydan beri kan sulandırıcı ilaç kullanan yüksek risk faktörüne sahip, serebrevasküler hastalığa bağlı yarım felçli hastalar, epilepsi ve benzeri nöbet geçiren hastalıklar, akıl hastalıkları ve diğer psikolojik rahatsızlıklar ile ilgili olarak belirtilen hastalıklardan engel bir rahatsızlığımı gizlemediğimi, gizlemem durumunda tüm sorumluluğu kabul ettiğimi ve bu tedaviyi almam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadığımı ve tedavi uygulamasına uyacağımı belirtirim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış ve okumuş bulunmaktayım. Tedaviyi kendi rızam ile kabul ediyorum.

\*\*\* Hastanede yattığım süre içerisinde, şahsım ve/veya refakatçim tarafından genel ahlak kurallarını, hastane kurallarını bozan davranışlarda ve şikayete konu olan davranışlarda bulunmam/bulunmamız söz konusu olursa hastaneden taburcu edilmeyi ve tedavimin bu nedenle yarım kalması halinde olabilecekleri tamamını kabul ediyorum.

\*\*\* Hastane içerisindeki her türlü demirbaş ve sarf eşyalarına zarar vermem/vermemiz durumunda bunları maddi olarak karşılayacağımı kabul ediyorum.

\*\*\*Tedavi uygulamalarının sonucunda tam ya da kısmi iyileşme garantisinin olmayacağı tarafıma anlatılmıştır.

\*\*\*Ayrıca; ilaç, fizik tedavi ve rehabilitasyon, egzersiz, bantlama, enjeksiyon, yardımcı cihaz girişimleriyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek düşme, yanık, ağrıda artış, altta yatan hastalıkta kötüleşme, kırık, nörolojik durumda bozulma, tedaviden fayda görememe, enjeksiyon, basınç yarası ve diğer yaralanmalar, idrar ve dışkı kontrolünün kaybı, alerjik yan etkileri, ilaç yan etkileri, bilinç kaybı, cinsel işlev bozukluğu, yanıcı-batıcı ağrı, uyku bozukluğu, solunum yetmezliği, kalp yetmezliği, ölüm gibi risk ve tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimi beyanla kabul ediyorum.

\*\*\* Yatış içinde müracaatta bulunduğum hastanenizin fizik tedavi ve rehabilitasyon dalı hastanesi olduğu bu hastanede diğer tıbbi içerik, muhtevaların ve branşların mevcut olmadığı özellikle ve öncelikle fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği bu sebeple dahili ya da cerrahi herhangi bir farklı tıbbi branşı ilgilendiren sorunlarımda yeterli alt yapının, imkanın, ekip ve ekipmanın olmayacağı tarafıma çok açık şekilde ifade edildi. Ben de bu beyanı okudum ve kabul ettim.

## **TETKİK VE TEDAVİYİ KABUL EDEN**

**Hastanın veya yakınının Adı-Soyadı.....**

**İmzası .....Tarih/saat:.....**

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak tetkik ve tedavinin amacı ve faydaları, hangi durumlarda tedaviye alınamayacağı, tedavi sonrası beklenen riskler konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, tedaviye yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

**Doktorun Adı Soyadı:.....İmzası.....Tarih/saat.....**

**Doktorun şahidi (kurumda görevli bir personel olması şarttır) Adı-Soyadı .....**

**İmzası/Tarih: .....**