

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
OSMANGAZİ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
BAĞLARBAŞI ASM

**AŞI / İZLEM / ENJEKSİYON BİLGİLENDİRME ONAM FORMU**

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan ..... T.C. kimlik numaralı ..... isimli **çocuğumun / kendimin, aşımsının / izleminin / enjeksiyonunun** aile hekimi yada aile sağlığı elemanı tarafından yapılmasını kabul **ettiğimi / etmediğimi** beyan ederim. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerek bu formu doldururken sağlık ile ilgili her konuda soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı tarafıma verilmiş, sağlık personeli tarafından oluşabilecek hastalıklar, risk ve tehlikeler konusunda gerekli danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bu hastalıklar hakkında, bilgilendirildiğim ve aydınlatıldığım halde kendi özgür irademle **çocuğumun / kendimin, aşımsının / izleminin / enjeksiyonunun** yapılmasına **İZİN VERİYORUM / VERMİYORUM** ve bu formu imzalıyorum.

**Yukarıdaki yazıyı okudum / ( .....  
tarafından bana okundu ) ve anladım. Yazıdaki tıbbi terimler bana açıklandı.**

**( Aşağıya kişinin Kendisi / Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi El yazısı ile “Yukarıdaki yazıyı okudum ve anladım” yazacak. )**

.....  
.....

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Hekimi : Kişinin Kendisi  
veya Çocuğun :  
Annesi / Babası / Vasisi

Aile Hekimliği : Telefon Numarası :  
Birimi Adres :

Tarih : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Tarih : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

İmza : İmza :