

OTOLOG KEMİK İLİĞİ NAKLİ OLUR FORMU

Doktorum/doktorlarım adlı hastalığımın son durumu, gidişatı ve tedavi planım hakkında beni bilgilendirdiler. Tedavimi öğrendim. Verilecek tedaviyi ve bu tedaviye bağlı görülebilecek yan etkileri okudum, değerlendirdim. Anlamadığım konuları ve yabancı kelimeleri sordum, açıklamalarını doktorum/doktorlarımdan aldım.

Bütün riskleri kendi rızam ile kabul ederek doktorlarımdan benim için önerdiği **OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLİ DESTEĞİNDE BEAM** rejiminin uygulamasını almayı kabul ediyorum

Tarih: .../.../2010

Hasta Adı Soyadı:

İmza:

Konsültan uzman hekim Adı Soyadı:

İmza: