



Hasta Yakını Bilgilendirme ve Onam Formu

Hasta Adı Soyadı:

Yakını Adı Soyadı:

Aşağıda belirtilen bilgiler tarafıma açık şekilde anlatılmıştır:

- Hizmetin kapsamı, sınırları ve süreci
- Sağlık riskleri ve sorumluluklar
- KVKK kapsamındaki haklar

Yukarıdaki bilgileri anlayarak hizmetin başlatılmasına onay veriyorum.

İmza (Hasta Yakını):

Tarih: