Op. Dr. Erkan Kulduk
K.B.B. KLİNİĞİ

HASTANE ONAM FORMU

Muayenehanesinde muayenemi gerçekleştiren hekimim tarafından yapılacak tıbbı işlem ile ilgili tarafım bilgilendirilmiş ve tıbbı işlem öncesi, sırası ve sonrası süreç ile ilgili tarafım detaylı olarak aydınlatılmıştır. Hekim, tıbbı işlemi anlaşmalı olduğu …… ünvanlı sağlık tesisinde veya hekimce uygun görülen sağlık tesisinde gerçekleştireceği bilgisini tarafıma iletmiştir. Tıbbı işlemin anılan sağlık tesisinde gerçekleştirilmesine rızam olduğunu ve işbu metini okuyup anladığımı kabul, beyan ve imza ederim.

Onamı veren/ Yasal temsilci:
Adı Soyadı:
TC Kimlik numarası:
Tarih:
İmza

Onamı Alan:
Sağlık Tesisi: DR. ERKAN KULDUK
Görevi: KULAK BURUN BOĞAZ UZMANI
Tarih
İmza:

0538 921 20 40 info@drerkankulduk.com www.drerkankulduk.com
Mansuroğlu Mahallesi Avcılar Exclusive İş Merkezi A blok Kat:7 No:167 Bayraklı / İZMİR