

.../.../20....

**RADYOLOJİ BÖLÜMÜ**

.....

**ONAM FORMU**

**AD-SOYAD** :  
**DOGUM TARİHİ** :  
**PROTOKOL NO** :  
**BİLİLEN KRONİK RAHATSIZLIK** :  
**SİGARA-ALKOL KULLANIMI** :  
**ALLERJİ ÖYKÜSÜ** :  
**YAPILACAK İNCELEME** :  
**RADYOLOJİ İSTEM NEDENİ**  
**(ŞİKAYERLERİ,KLİNİK BİLGİ) :**  
**DAHA ÖNCE YAPILMIŞ OLAN İNCELEMELER** :

Yukarıda adı belirtilen inceleme modalitesinin yapılmasını kabul ediyorum. Kontrast madde kullanılm ve olası alerji olasılığı ile işlemin riskleri hakkında bilgilendirildim. İşlemin yapılmasını onaylıyorum

(Hasta veya yasal temsilcisi) **AD-SOYAD** :  
**İMZA** :