**BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

            Doktorum ………………………………………………… tarafından bana ………………………………………………………………………………… hastalığım olduğu, bu hastalıkla ilgili ülkemizde ruhsatlı mevcut tedavi seçeneklerinin hepsinin tarafıma uygulandığı, mevcut tıbbi durumda sadece ………………………………….. isimli ilacın verilmesi gerektiği ve bu ilacın yan etkileri bildirilmiştir.

Bu tedavinin bana verilmesi sonrasında gelişebilecek tüm yan etkileri kabul ediyorum.

                                                                                  Hastanın Adı Soyadı

                                                                                      Tarih ve İmza