

# ÖTENAZİ İZİN FORMU

Giriş Tarihi: ..... / ..... / .....

Hasta Yakını	Hasta
Adı Soyadı :	Adı :
Ev Telefonu :	Kedi <input type="checkbox"/> Köpek <input type="checkbox"/> Kuş <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Cep Telefonu :	Cinsiyet <input type="checkbox"/> Dişi <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
Adresi :	Yaşı :
	ırkı :
	Rengi :

Yukarıda eşkali belirlenmiş olan hastamın, yapılan tüm müdahalelere rağmen prognozunun kötü olduğu, tıbbi açıdan yapılacak bir işlem kalmadığı, ötenazi yapılmasının uygun olacağı ve yapılacak işlemin detayı tarafıma anlatıldı.

Hastama ..... muayenehanesi/polikliniği/hayvan hastanesi yetkilileri tarafından ötenazi uygulanmasını kabul ederim.

Hasta Sahibinin Adı Soyadı :

TC No :

Tarih :

İmza