

SY
ŞUKRAN YILDIZ

BESLENME VE DİYET UZMANI

SAĞLIKLI BESLENME ONAM FORMU

GENEL BİLGİLENDİRME

Sayın

Kliniğimizde verilen hizmetlere ilişkin hususların bir kısmı aşağıda yazılı olarak sunulmuştur.

Size verilen bilgileri okuyunuz. Böylece size uygulanacak hizmetler hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Bu açıklamaların amacı sizi korumak, sizlerin bilgilendirilmesi ve sağlıklı beslenme programı sürecine katılımınızı sağlamaktır.

Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığınız ilaçlar ve genel sağlık durumunuz ilgili olarak diyetisyeninizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.

Kliniğimize başvurunuz sırasında verilecek hizmet öncesinde yapılacak değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır.

Hizmet ve işlemlerin yararlarını, olası risklerini ve maliyetini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Kliniğimizde sağlıklı beslenme programının aksamaması için seanslara sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelmeniz mümkün olmadığında, seansınızı 24 saat öncesinden iptal ettiriniz.

Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileriz.

GENEL ONAM FORMU

Aşağıda imzası olan ben.....,

Dyt. Şükran YILDIZ ŞENAY tarafından belirlenen sağlıklı beslenme ile ilgili planlama, alternatif uygulamalar, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım. Uygulanacak olan hizmeti kabul ettim.

Hizmet sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Program uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, programımın alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü takdirde diğer diyetisyenlerden görüş istenebileceği konularında bilgilendirildim, anladım, kabul ettim.

Tedavim hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Uygulanacak programın başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen gerekli uygulamaları ve egzersizleri yapmam gerektiği, vazgeçilmesi gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirme ve yazılacak listelerdeki ürünleri tarife uygun doz ve sürelerde kullanma gerekliliği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Uygulanacak programın beden sağlığımı korumayı amaçladığını, danışma hizmetlerinin özenle yürütüleceği ancak sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Yukarıda belirtildiği gibi sağlıklı beslenme programı planlaması sırasında bana anlatılan ve benim tarafımdan kabul edilen tedaviyi onayladım ve kabul ettim.

Danışan hakları ve sorumlulukları, diyetisyen hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim.

Diyetisyen Şükran Yıldız'ın temin veya tavsiye ettiği takviye gıda, bitki çayı vs gibi ürünlerin tavsiye edildiği miktarda kullanılması gerektiği tarafıma hatırlatıldı. Ayrıca yine bu ürünlerin benim şahsımın alerjisi vb gibi özelliklerinden dolayı başarıya ulaşmaması veya beklenmedik bir etkisinin ortaya çıkması halinde diyetisyenin sorumluluğu olmadığı hususunda mutabık kalındı.

Diyetisyen danışma hizmetini kabul ettikten sonra bana ait fotoğraf, video ve diğer dokümanların, eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarda anonimleştirilmiş veri olarak kullanılmasına izin veriyorum. Kişisel verilerimin Kamu kurum ve kuruluşları da dahil olmak üzere üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmasına izin (El yazınız ile “veriyorum” ya da “vermiyorum” yazınız.)

..... (El yazınız ile “okuduğumu anladım, kabul ediyorum) yazınız.

Tarih:.....

Danışan Adı-Soyadı:.....

T.C. Kimlik No'su :

Adresi :

Telefon :

İmza :

Diyetisyen Adı-Soyadı :

Tarih :

İmza :