

GASTROTERAPİ BESLENMESİ (Dr.Gökalp Müstecaplıoğlu) FORM 2

DANIŞANIN ADI - SOYADI	
DOĞUM TARİHİ	
TC VEYA KİMLİK NOSU	

ONAM BİLGİSİ

Danışan olarak; GASTROTERAPİ BESLENME PROGRAMI hakkında bilgilendirilmiş bulunuyor ve kendi serbest iradem ve rızam ile bu programa katılmayı beyan, kabul ve şartlara uyacağımı taahhüt ediyorum.

Böylece;

1 Program süresince yapılması gereken görüşmelerin, **6(altı) görüşme** ile sonlanacağını, bütün görüşmelerin her hafta arka arkaya veya doktorun tavsiyesine göre düzenleneceğini, programı yarım bırakmam durumunda, **yapılmamış görüşme haklarımın yanacağını, değişik sebeplerden programa ara verilmesi durumunda, en fazla 2(iki) ay içinde programa geri dönülmemesi durumunda, kalan haklarımın da yanacağını,**

2 Başvuran olarak randevu tarihlerini takip etmekle yükümlü olduğumu ve bu randevuların Doktor tarafından **hatırlatılmasının zorunlu olmadığını,**

3 Mevcut 6(altı) görüşme ye rağmen, programa devam etmek istersem, ücreti karşılığında devam edebileceğimi,

4 Doktor tarafından verilen beslenme programının uygulanmasının tamamen Danışan olarak kendi sorumluluğum altında bulunduğunu **ve programın kopmasının çıkarılması ve/veya bir başkasına verilmesi durumunda, doktorun maddi ve manevi haklarımın saklı olduğunu** ve doktorun hiçbir sorumluluk kabul etmediğini, başka birinin uygulaması-taklit etmesi durumunda sorumlulukların, programı veren ile alanın kendisine ait olduğunu,

5 Gastroterapi Beslenmesi Formlarındaki tüm soruların Danışan olarak eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerektiğini, işbu verilen bilgilerde yanlışlık ve/veya eksiklik bulunmasından ötürü beslenme programından doğacak aksaklıklardan Doktorun hiç bir surette sorumlu olmadığını,

6 Doktorun, GASTROTERAPİ BESLENME Programı çerçevesine uymayan durumlarda/rahatsızlıklarda (Hamileler, Emzirenler, Böbrek veya Karaciğer yetmezliği olanlar veya istisna durumlarda), Danışan olarak beslenme programı talebimi reddetme hakkına sahip bulunduğunu,

7 Danışan olarak, ilgili formların hepsinin ve kan tahlillerimin, Doktora teslim edilmesi üzerine, **beslenme programının** ücretinin önceden alınacağını, zira bu ödemenin, verilen **beslenme programı bilgileri dosyasına** yapıldığını, bu programın takip ve denetimi için 6(altı) görüşme yapıldığını, dolayısı ile dosya teslim edildikten sonra Doktor tarafından **işbu alınan ücretin hiçbir koşul ve surette tarafıma iade edilmeyeceğini,**

8 Ücreti kendime ait olmak üzere, kan tahlillerini, Danışan olarak istediğim laboratuvarıda yaptırabileceğimi,

9 Doktorun **beslenme programı** kapsamı dışındaki, tıbbi başvuru ve danışmanlıkların bu program sorumluluğuna girmediğini, beslenme programını uygulamaya başladıktan sonra, başkaca bir tedavi almam ve ilaç kullanmam durumunda, **tedavimin ve ilaç dozlarının, tedavi gördüğüm ilgili doktorlar tarafından takip edilmesi gerektiğini** zira, Doktorun beslenme programının herhangi bir **tıbbi destek ve tedavi içermediğini bildiğimi** beyan eder, yukarıda yazılı hususları okuyup, anladığımı ve bunlara tamamen uyacağımı taahhüt ederim.

BAŞVURU TARİHİ	
DANIŞANIN ONAY İMZASI	