

	HÜCRESEL ÜRÜN SİPARİŞ FORMU (ALLOJENİK)	Dokuman No	SUY-03.02-01-01
		Yayın Tarihi	24.05.2022
		Geçerlilik Tarihi	24.05.2025

Klinik/Uygulama Merkezi Adı :	Doktorun Adı Soyadı :
Adresi (Açık) :	
.....	

Alıcının Adı Soyadı :	T.C. :	Tel :
Adresi (İlçe/Şehir) :		e-posta :

Doğum Tarihi :/...../.....	Cinsiyeti : <input type="checkbox"/> Bay <input type="checkbox"/> Bayan	Kan Grubu:	Kilo:
---	--	-------------------------	--------------------

İstenilen Allojenik Bitmiş Ürün:

<input type="checkbox"/> Kemik iliğinden Elde Mezenkimal Kök Hücre	<input type="checkbox"/> Göbek Kordonundan Elde Mezenkimal Kök Hücre
<input type="checkbox"/> Sünnnet Derisinden Elde Fibroblast	<input type="checkbox"/> Diş Pulpasından Elde Mezenkimal Kök Hücre
<input type="checkbox"/> Kordon Kanından Elde Mononükleer Hücre	<input type="checkbox"/> Göbek Kordonundan Elde Mezenkimal Kök Hücre

Bitmiş Ürün Miktarı:

<input type="checkbox"/> Allojenik Fibroblast - Standart (15-20 Milyon/ 5cc)
<input type="checkbox"/> Diğer - Seans Başı: [.....cc/seans başı] [.....x10 ⁶ hücre sayısı/seans başı]

Uygulama Amacı: Kozmetik, Estetik, Güzellik, Anti-Aging.

	Yok	Var (Lütfen belirtiniz)
Önceki Operasyonlar		
Kullanılan İlaçlar		
Antibiyotik Alerjisi		

Bilgilendirilmiş Onam Formu'ndaki tüm bilgileri okudum ve tam olarak anladım. Doktorum talep ettiğim tüm bilgilendirmeyi yaptı. Gerekli her türlü bilgiye ve ürün içeriğine vakıfım. Uygulama ile ilgili detaylar tam olarak açıklandı, ben üzerime düşen araştırma ve incelemeyi yaptım. Uygulama ve sonrası döneminde doğabilecek tüm yan etkiler, olası veya bilinmeyen riskler hususunda gerekli bilgilendirmeler tam ve eksiksiz olarak yapıldı. Doktorum tarafından bana bildirilen randevu tarih/lerinde klinikte olmam gerektiği, gelmediğim veya uygulamayı geciktirdiğim takdirde seansıma ait hakkımın kaybolacağı, ödeme iadesinin yapılamayacağı ve konusunda bilgi sahibiyim. Bu uygulamanın doktorum tarafından bana yapılmasını ve hücreSEL ürünün hazırlanması için DOKU Biyoteknoloji, Kök Hücre, Biyobanka ve Doku Mühendisliği Merkezi'ni yetkili kıldığımı kendi rızam ile kabul ederek beyan ve taahhüt ederim.

DOKTOR	ALICI	DOKU BİYOTEKNOLOJİ A.Ş.
Tarih:	Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:	İmza:
		Kaşe: