

## بیمارستان محب کوثر

## فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه

کد ملی: National Number:

کد پذیرش:

شماره پرونده:

Admitting Physician: پزشک بستری کننده:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family: نام خانوادگی:
پزشک بستری کننده:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Admission Date: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		

## این قسمت توسط پزشک معالج / فرد اقدام گر تکمیل گردد

اینجانب دکتر ..... توضیحات کامل و آگاهی لازم را به آقای / خانم ..... (بیمار) گیرنده خدمت  ولی قانونی بیمار اقدام تشخیصی درمانی / جراحی استئوتومی زانو در موارد ذیل انجام داده ام.

مزایای استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده:

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی یا درمانی:

- عفونت - جوش نخوردن استخوان - محدودیت حرکتی - اصلاح بیش از حد - آتروفی سودک (افزایش حساسیت عصبی اندام) - بخته شدن خون در رگ های پا (DVT) - عدم اصلاح کامل - خونریزی

روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی با ذکر مزایا یا عوارض:

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

مهر و امضا پزشک معالج:

## این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد

اینجانب ..... (بیمار) گیرنده خدمت  ولی قانونی بیمار  فرزند ..... دارای کد ..... و شماره شناسنامه ..... صادره از

..... متولد ..... با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی لازم که طبق صلاحدید پزشکان و کادر

درمانی و با رعایت موازین فنی و علمی انجام شود، اعلام می دارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی

ممکن است پدید آید، مبری نموده و هیچگونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

امضا و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی:

## این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

شاهد اول:

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... شماره شناسنامه / کد ملی ..... نسبت با بیمار ..... تلفن .....

تاریخ و ساعت:

امضا و اثر انگشت شاهد:

شاهد دوم:

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... شماره شناسنامه / کد ملی ..... نسبت با بیمار ..... تلفن .....

تاریخ و ساعت:

امضا و اثر انگشت شاهد: