

بیمارستان محب کوثر

فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه

National Number: کد ملی :

کد پذیرش :

شماره پرونده :

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

این قسمت توسط پزشک معالج / فرد اقدام گر تکمیل گردد

اینجناب دکتر توضیحات کامل و آگاهی لازم را به آقای / خانم (بیمار)گیرنده خدمت ولی قانونی بیمار اقدام تشخیصی درمانی / جراحی سزارین 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 ، چسبندگی، جفت سر راهی ، خونریزی ، آمبولی ، فلج روده ، هماتوم ، احتمال صدمه به احشا و

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

اینجناب (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 :