

بیمارستان محب گوثر

فرم رضایت آگاهانه و براءت نامه

کد ملی : National Number:

کد پذیرش :

شماره پرونده :

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

- خونریزی - عفونت - عود تنگی - احتمال CIC

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 :