

بیمارستان محب کوثر

فرم رضایت آگاهانه و برائت 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 واریکوسل 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 :

- تجمع آب دور بیضه - عود واریکوسل - ادامه اختلال باروری - کوچک شدن بیضه - ادامه درد بیضه - سردرد ناشی از بی حسی

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

مهتر و امضا پزشک معالج : تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :

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

امضا و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی : تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :

این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

شاهد اول :

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

امضا و اثر انگشت شاهد : تاریخ و ساعت :

شاهد دوم :

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

امضا و اثر انگشت شاهد : تاریخ و ساعت :