

National Number:

کد ملی :

بیمارستان محب کوثر

فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه

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

اینجانب دکتر توضیحات کامل و آگاهی لازم را به آقای / خانم (بیمار) گیرنده خدمت ولی قانونی بیمار اقدام تشخیصی درمانی / جراحی لاپاراسکوپی 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 :

نیاز عوارض بیهوشی در این عمل شایع تر است، صدمه به عروق، صدمه به احشاء، خونریزی، احتمال کمتر عفونت، احتمال تبدیل عمل به عمل لاپاراتومی

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 :