

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 :
	دکتر	Room:	اتاق :				
Admission Date:	تاریخ پذیرش :	Bed:	تخت :	Date Of Birth:	تاریخ تولد :	Father Name	نام پدر :

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 (هموروئید کتومی) (فیشر آنال) 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 :

درد، خونریزی، اجابت مزاج سخت و مشکل، عفونت، پرولاپس ضمامم سالم، عود مجدد

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 :