

رضایت نامه

LETTER OF AUTHORIZATION

تمامی رضایت نامه ها باید دارای اثر انگشت شخص بیمار باشد (در صورتیکه بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد رضایت نامه ها باید توسط ولی و یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد).

بیمار محترم: مدت زمان بستری بودن در بیمارستان، انجام رادیوگرافی ها، آزمایش ها و سایر خدمات تشخیصی و درمانی شما طبق دستورات پزشک معالج می باشد

برائت نامه و رضایت نامه

اینجانب بیمار/ولی بیمار فرزند شماره شناسنامه / کد ملی پس از مطالعه این برگ و با توجه به توضیحات و اطلاعات داده شده پزشک معالج آقای دکتر / خانم دکتر در مورد نوع اقدام درمانی - عوارض احتمالی هنگام درمان و تشخیص و اقدام جراحی لازم بخوبی آگاه شده و بدینوسیله برائت و رضایت از پزشک و یا پزشکان معالج - کادر درمانی - مسئولین فنی بیمارستان / مطب را از هرگونه خسارت و ضمان مالی وقانونی و شرعی ناشی از عوارض که خارج از اصول علمی و استانداردهای درمانی نباشد اعلام نموده و حق و ادعای هرگونه خسارت از کادر مربوطه را از خود ساقط مینمایم

مهر و امضاء پزشک معالج

شاهد ۱: نام و نام خانوادگی	نسبت بیمار	امضاء و اثر انگشت
شاهد ۲: نام و نام خانوادگی	نسبت بیمار	امضاء و اثر انگشت

اجازه قطع عضو

اینجانب بیمار ساکن اجازه میدهم پزشک یا پزشکان این بیمارستان
 ولی بیمار
 (نام عضو) اینجانب را از ناحیه قطع نمایند و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان این بیمار را از کلیه اقدامات فوق
 بیمار اینجانب
 که در مورد انجام میدهند اعلام میدارم .
 تاریخ اثر انگشت و امضاء شاهد (۱) شاهد (۲)

اجازه ترخیص با میل شخصی

اینجانب با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان
 این مرکز را ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی میشود نمیدانم .
 امضاء بیمار

تاریخ امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار شاهد (۱)

(در صورتیکه بیمار قادر به امضاء نباشد)

شاهد (۲)

اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

اینجانب رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود در امور آموزشی، تحقیقاتی، درمانی و
 بیمار خود
 حقوقی توسط hodesc اعلام میدارم .
 تاریخ اثر انگشت و امضای بیمار یا ولی بیمار شاهد (۱)

شاهد (۲)

ملاحظات: