



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

National Code: شماره ملی:		Unit Number: شماره پرونده:	
فرم رضایت آگاهانه و براءت نامه			
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: 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 خانم / آقای بیمار (گیرنده خدمت) / ولی قانونی بیمار در خصوص اقدام تشخیصی درمانی / جراحی در موارد ذیل داده ام. مزایای استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده :

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده :

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

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

مهر و امضاء پزشک معالج:

این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد

اینجانب (بیمار / ولی قانونی بیمار) فرزند دارای کد ملی 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 هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار:

این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

شاهد اول :

نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه/کدملی نسبت با بیمار تلفن

تاریخ و ساعت :

امضاء و اثر انگشت شاهد :

شاهد دوم :

نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه/کدملی نسبت با بیمار تلفن

تاریخ و ساعت :

امضاء و اثر انگشت شاهد :

این قسمت توسط پزشک بیهوشی تکمیل گردد

اینجانب دکتر متخصص بیهوشی ، توضیحات لازم و آگاهی کامل را به آقا/خانم بیمار / ولی قانونی بیمار □ در مورد روش هوشبری/بی حسی توصیه شده که جهت اقدام تشخیصی و درمانی بیمار لازم است، داده ام. در ضمن آگاهی لازم در مورد: مزایای استفاده از روش فوق :

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش فوق:

اهم عوارض و عواقب احتمالی استفاده از روش هوشبری و بی حسی جایگزین :

مهر و امضای پزشک بیهوشی:

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد

اینجانب (بیمار □ / ولی قانونی بیمار □) فرزند دارای کد ملی 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 هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت.

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار :

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

شاهد اول :

نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه/کدملی نسبت با بیمار تلفن

امضاء و اثر انگشت شاهد :

تاریخ و ساعت :

شاهد دوم :

نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه/کدملی نسبت با بیمار تلفن

امضاء و اثر انگشت شاهد :

تاریخ و ساعت :

این قسمت در صورت عدم رضایت به انجام اقدام تشخیصی /درمانی /جراحی پیشنهادی توسط بیمار تکمیل گردد

بدینوسیله با ارائه توضیحات لازم توسط کادر معالج، از ضرورت اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی به میزان کافی آگاه شدم. لیکن مراتب انصراف و عدم رضایت خود را از انجام آن اعلام می دارم و کادر تشخیصی - درمانی را نسبت به هر گونه آسیب و خطرات ناشی از عدم دریافت اقدامات درمانی بری الذمه نموده و هیچگونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی را نخواهم داشت و مسئولیت کلیه عواقب آن را بر عهده می گیرم .

امضا و اثر انگشت بیمار/ ولی قانونی:

مهر و امضا پزشک معالج

تاریخ و ساعت:

تاریخ و ساعت: