

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 هر گونه 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 :