



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مرکز پزشکی آموزشی درمانی/بیمارستان:

فرم رضایت و برائت (این فرم با حضور پزشک درمانگر تکمیل گردد)

شماره پرونده :		کد ملی :	
اطلاعات هویتی بیمار	نام خانوادگی :	نام :	بخش :
	نام پدر :	تاریخ تولد :	تاریخ پذیرش در بیمارستان :
تشخیص			
عنوان اقدام تشخیصی درمانی		سایر روشهای جایگزین :	
عوارض احتمالی روش انتخابی	۱-	۴-	
	۲-	۵-	
	۳-	۶-	
مزایای روش انتخابی	۱-	۴-	
	۲-	۵-	
	۳-	۶-	
مهر و امضاء پرستار		مهر و امضاء پزشک معالج	
اینجانب فرزند دارای شماره ملی متولد بیمار <input type="checkbox"/> ولی بیمار <input type="checkbox"/> سرپرست بیمار <input type="checkbox"/> ولی قانونی بیمار <input type="checkbox"/> با توجه به مطالب فوق و ضمن آگاهی کامل از عوارض احتمالی مشتمل بر بند فوق، بدین وسیله رضایت / برائت خود را برای انجام اقدام درمانی اعلام میدارم .		مهر و امضاء متخصص پزشکی قانونی	
مشخصات بیمار / ولی بیمار / سرپرست بیمار / نماینده قانونی بیمار		تاریخ و ساعت : امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی	
نام و نام خانوادگی : نام پدر:		نام و نام خانوادگی : نام پدر:	
شماره ملی: نسبت با بیمار :		شماره ملی: نسبت با بیمار :	
آدرس :		آدرس :	
شماره تماس: امضاء و اثر انگشت :		شماره تماس: امضاء و اثر انگشت :	

در صورت رد در مان از جانب بیمار کادر زیر تکمیل گردد.

عوارض رد درمان		۱-	۴-
		۲-	۵-
		۳-	۶-
مهر و امضاء پرستار		مهر و امضاء پزشک معالج	
اینجانب فرزند دارای شماره ملی متولد بیمار <input type="checkbox"/> ولی بیمار <input type="checkbox"/> سرپرست بیمار <input type="checkbox"/> ولی قانونی بیمار <input type="checkbox"/> با توجه به مطالب فوق، ضمن اذعان به دریافت اطلاعات کافی و آگاهی از عوارض رد درمان، مشتمل بر ... بند، عدم رضایت خود را برای انجام اقدام درمانی اعلام میدارم.		مهر و امضاء متخصص پزشکی قانونی	
عدم رضایت		تاریخ و ساعت : امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی	
نام و نام خانوادگی : نام پدر:		نام و نام خانوادگی : نام پدر:	
شماره ملی: نسبت با بیمار :		شماره ملی: نسبت با بیمار :	
آدرس :		آدرس :	
شماره تماس: امضاء و اثر انگشت :		شماره تماس: امضاء و اثر انگشت :	