

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب: [Redacted] (بیمار [Redacted] نماینده قانونی بیمار [Redacted] فرزند [Redacted] دارای کدملی [Redacted] به شماره شناسنامه [Redacted] صادره از [Redacted] متولد [Redacted] آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند نمونه با تلوژی را از نظر رنگ و بیولوژی تصویربری نمایند.

تاریخ (Date): ساعت (Hour): نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده

۹۸/۴/۱۹

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب: [Redacted] (بیمار [Redacted] نماینده قانونی بیمار [Redacted] فرزند [Redacted] دارای کدملی [Redacted] به شماره شناسنامه [Redacted] صادره از [Redacted] متولد [Redacted] آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند نمونه با تلوژی را از نظر رنگ و بیولوژی تصویربری نمایند.

تاریخ (Date): ساعت (Hour): نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی:

۹۸/۶/۳

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب: [Redacted] (بیمار [Redacted] نماینده قانونی بیمار [Redacted] فرزند [Redacted] دارای کدملی [Redacted] به شماره شناسنامه [Redacted] صادره از [Redacted] متولد [Redacted] آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند نمونه با تلوژی را از نظر رنگ و بیولوژی تصویربری نمایند.

تاریخ (Date): ساعت (Hour): نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی:

۹۸/۴/۳

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب ... (بیمار / نماینده قانونی بیمار) فرزند: ... دارای کدملی ...
به شماره شناسنامه: ... صادره از: ... متولد: ... آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات
تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر
تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید،
بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند عوارض با تئوری را از نظر بست و بیولوژی برری نمایند.

تاریخ (Date): ۹۷/۱۱/۱۵ ساعت (Hour):
نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی:

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب ... (بیمار / نماینده قانونی بیمار) فرزند: ... دارای کدملی ...
به شماره شناسنامه: ... صادره از: ... متولد: ... آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات
تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر
تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید،
بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند عوارض با تئوری را از نظر بست و بیولوژی برری نمایند.

تاریخ (Date): ۹۷/۱۲/۱۳ ساعت (Hour):
نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی:

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب ... (بیمار / نماینده قانونی بیمار) فرزند: ... دارای کدملی ...
به شماره شناسنامه: ... صادره از: ... متولد: ... آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات
تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر
تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید،
بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند عوارض با تئوری را از نظر بست و بیولوژی برری نمایند.

تاریخ (Date): ۹۷/۵/۱۷ ساعت (Hour):
نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی:

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب ... (بیمار / نماینده قانونی بیمار) فرزند: ... دارای کدملی ...
به شماره شناسنامه: ... صادره از: ... متولد: ... آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات
تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر
تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید،
بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند عوارض با تئوری را از نظر بست و بیولوژی برری نمایند.

تاریخ (Date): ۹۸/۱/۲۱ ساعت (Hour):
نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی:

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب بیمار / نماینده قانونی بیمار (فرزند : دارای کدملی
به شماره شناسنامه : .. صادره از : .. متولد .. آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات
تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر
تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید،
بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند نمونه باکتری و ویروسی را از نظر میکس و بیولوژی بری می بند

تاریخ (Date) : ۹۷/۱۰/۲۷
ساعت (Hour) :

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی :

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب بیمار / نماینده قانونی بیمار (فرزند : دارای کدملی
به شماره شناسنامه : .. صادره از : .. متولد .. آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات
تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر
تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید،
بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند نمونه باکتری و ویروسی را از نظر میکس و بیولوژی بری می بند

تاریخ (Date) : ۹۸/۹/۱
ساعت (Hour) :

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی :

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب بیمار / نماینده قانونی بیمار (فرزند : دارای کدملی
به شماره شناسنامه : .. صادره از : .. متولد .. آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات
تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر
تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید،
بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند نمونه باکتری و ویروسی را از نظر میکس و بیولوژی بری می بند

تاریخ (Date) : ۹۸/۲/۱۲
ساعت (Hour) :

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی :

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب... (بیمار/نماینده قانونی بیمار) فرزند: دارای کدملی... به شماره شناسنامه: ... صادره از: ... متولد: آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. بزرگمان اجازه دارند نمونه باکتوری را از دفتر نسیب و بکلوری توسعه برسی نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : ساعت (Hour) : تاریخ (Date) : ۹۸/۱۰/۳

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب... (بیمار/نماینده قانونی بیمار) فرزند: دارای کدملی... به شماره شناسنامه: ... صادره از: ... متولد: آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. بزرگمان اجازه دارند نمونه باکتوری را از دفتر نسیب و بکلوری توسعه برسی نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : ساعت (Hour) : تاریخ (Date) : ۹۷/۹/۷

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب... (بیمار/نماینده قانونی بیمار) فرزند: دارای کدملی... به شماره شناسنامه: ... صادره از: ... متولد: آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. بزرگمان اجازه دارند نمونه باکتوری را از دفتر نسیب و بکلوری توسعه برسی نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : ساعت (Hour) : تاریخ (Date) : ۹۸/۷/۱۱

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب... (بیمار / نماینده قانونی بیمار) فرزند... دارای کدملی... به شماره شناسنامه... صادره از... متولد... آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند خون یا توالوری را از نظر رنگ و بیولوژی تصویربرداری نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی :

ساعت (Hour) :

تاریخ (Date) : ۹۸, ۹, ۱۴

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب... (بیمار / نماینده قانونی بیمار) فرزند... دارای کدملی... به شماره شناسنامه... صادره از... متولد... آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند خون یا توالوری را از نظر رنگ و بیولوژی تصویربرداری نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی :

ساعت (Hour) :

تاریخ (Date) : ۹۸, ۳, ۲۴

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب... (بیمار / نماینده قانونی بیمار) فرزند... دارای کدملی... به شماره شناسنامه... صادره از... متولد... آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند خون یا توالوری را از نظر رنگ و بیولوژی تصویربرداری نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی :

ساعت (Hour) :

تاریخ (Date) : ۹۸, ۳, ۲۹

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب ... (بیمار نماینده قانونی بیمار) فرزند: ... دارای کدملی ...
به شماره شناسنامه ... صادره از: ... متولد ... / ... / ... آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات
تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر
تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید،
بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند نمونه پاتولوژی را از نظر میکروسکوپی بررسی نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی:

تاریخ (Date): ۹۸/۸/۴ ساعت (Hour):

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب ... (بیمار نماینده قانونی بیمار) فرزند: ... دارای کدملی ...
به شماره شناسنامه ... صادره از: ... تولد ... آگاهی لازم را از عوارض و عواقب احتمالی اقدامات
تشخیصی و درمانی و همچنین روش های جایگزین آن را کسب نموده ام و با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام / اقدامات مذکور اعلام میدارم و کادر
تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید،
بری الذمه نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت. پزشکان اجازه دارند نمونه پاتولوژی را از نظر میکروسکوپی بررسی نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی:

تاریخ (Date): ۹۸/۸/۹ ساعت (Hour):

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود