

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب: [نام و نام خانوادگی بیمار] (بیمار) نماینده قانونی بیمار [نام و نام خانوادگی فرزند] دارای کد ملی [کد ملی] به شماره شناسنامه [شماره شناسنامه] صادره از [شماره از] متولد [تاریخ 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 غرضه یا تولوری را از نظر نیت و بیولوژی تصویربرداری 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: [نام و نام خانوادگی بیمار] (بیمار) نماینده قانونی بیمار [نام و نام خانوادگی فرزند] دارای کد ملی [کد ملی] به شماره شناسنامه [شماره شناسنامه] صادره از [شماره از] متولد [تاریخ 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 غرضه یا تولوری را از نظر نیت و بیولوژی تصویربرداری نمایند.

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

۹۸/۴/۲

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

توسط بیمار یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب: [نام و نام خانوادگی بیمار] (بیمار) نماینده قانونی بیمار [نام و نام خانوادگی فرزند] دارای کد ملی [کد ملی] به شماره شناسنامه [شماره شناسنامه] صادره از [شماره از] متولد [تاریخ 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 غرضه یا تولوری را از نظر نیت و بیولوژی تصویربرداری 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 و عوارضات را از نظر شک و پیروی بری نمایند

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : تاریخ (Date): ۹۷/۱۱/۱۵ 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: .. 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 و عوارضات را از نظر شک و پیروی بری نمایند

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : تاریخ (Date): ۹۷/۱۲/۱۳ 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: .. 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 و عوارضات را از نظر شک و پیروی بری نمایند

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : تاریخ (Date): ۹۷/۵/۱۷ 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: .. 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 و عوارضات را از نظر شک و پیروی بری نمایند

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : تاریخ (Date): ۹۸/۱/۲۱ 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 کد ملی: ...  
 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 رنگ و بویاری بری نمایند.

۹۷/۱۰/۲۷

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

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 کد ملی: ...  
 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 رنگ و بویاری بری نمایند.

۹۸/۴/۱

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

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 کد ملی: ...  
 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 رنگ و بویاری بری نمایند.

۹۸/۲/۱۲

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

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 با تلهوی را از دفتر ثبت و بیلووی تصویربرداری نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : تاریخ (Date): ۹۸/۱۰/۳ 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: ... 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 با تلهوی را از دفتر ثبت و بیلووی تصویربرداری نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : تاریخ (Date): ۹۷/۹/۷ 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: ... 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 با تلهوی را از دفتر ثبت و بیلووی تصویربرداری نمایند.

نام و نام خانوادگی بیمار / نماینده قانونی وی : تاریخ (Date): ۹۸/۷/۱۱ 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 : ... 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 با تلوژی را از دفتر شک و بولوری ترصد بر روی غایت.

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 نمونه با تلوژی را از دفتر شک و بولوری ترصد بر روی غایت.

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 نمونه با تلوژی را از دفتر شک و بولوری ترصد بر روی غایت.

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 سست و پاتولوژی تصویربرداری غایب  
 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 سست و پاتولوژی تصویربرداری غایب  
 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