



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران  
مرکز آموزشی درمانی بیمارستان ...

National Code: شماره ملی:	فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه		Unit Number: شماره پرونده:
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: ...	Name: ...	Family Name: ...
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: ...	Date of Birth: ...	Father Name: ...
97/12/5	Bed: ...		

این قسمت توسط پزشک معالج / فرد اقدام گر تکمیل گردد

اینجانب دکتر ... توضیحات کامل و آگاهی لازم را به خانم / آقای ... اقدام تشخیصی درمانی / جراحی ... مزایای استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده: ...

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

احتمال برداشتن ... آسب ...

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

عمل جراحی: دکتر منصوره گرگین زاده  
جراح - متخصص زنان و زایمان  
فلوشیپ لابراسکوپیک و هیستروسکوپیک  
نظام پزشکی: ۱۲۵۲۲۳

مهر و امضاء پزشک معالج: تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: 97/12/6

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: 97/12/6

این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

شاهد اول: نام و نام خانوادگی ... نام پدر ... شماره شناسنامه / کد ملی ... نسبت با بیمار ... تلفن ...

امضاء و اثر انگشت شاهد: تاریخ و ساعت: 97/12/6

شاهد دوم:

نام و نام خانوادگی ... نام پدر ... شماره شناسنامه / کد ملی ... نسبت با بیمار ... تلفن ...

امضاء و اثر انگشت شاهد: تاریخ و ساعت: