

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

بیمارستان / مرکز آموزشی درمانی:

برگ رضایت آگاهانه

شماره پرونده:

Unit No:

سابقه بستری شدن: Former Record
 دارد Present ندارد None
 دفعات بستری:

ID No:	کد ملی	Marrital status: وضعیت تاهل:	sex: جنس:	Father Name: نام پدر	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
		Married <input type="checkbox"/> متأهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث			
Place of Work: محل کار:	Occupation: شغل	Religion: مذهب	Place of ID: محل صدور شناسنامه	Place of Birth: محل تولد	Date of Birth: تاریخ تولد	
نوع ورود: <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> الکتیو <input type="checkbox"/> درمانگاه						
Address & Phone Number: آدرس و تلفن:						

نام و نام خانوادگی و سمت انجام دهنده عمل/اقدام:

روش عمل/اقدام:

مزایا:

معایب:

روشهای جایگزین:

مزایا:

معایب:

عوارض عدم درمان:

در صورت استمرار درمان (هزینه درمانی):

روش انتخابی توسط بیمار یا ولی بیمار:

اینجانب بیمار یا ولی / قیم قانونی بیمار بعد از توضیحات کامل در مورد روش عمل / اقدام و تفهیم کامل ، به صورت آگاهانه اجازه انجام این روش عمل/اقدام را می دهم.

امضاء و اثر انگشت بیمار/ ولی بیمار :

.....

نام و نام خانوادگی بیمار : امضاء و اثر انگشت..... نام و نام خانوادگی ولی / قیم بیمار: امضاء و اثر انگشت.....

نام و نام خانوادگی شاهد: امضاء و اثر انگشت نام، نام خانوادگی و سمت رضایت گیرنده: امضاء و مهر

اینجانب بیمار..... یا ولی / قیم قانونی بیمار بعد از توضیحات کامل در مورد روش عمل / اقدام و تفهیم کامل ،به صورت آگاهانه اجازه انجام این روش عمل/اقدام را نمی دهم.

امضاء و اثر انگشت:.....

نسخه پزشک معالج:

نسخه پرونده:

تاریخ و ساعت اخذ رضایت:.....