

## 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:.....