**بسم الله الرحمن الرحیم**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل**

**مرکز آموزشی درمانی شهید مظلوم دکتر بهشتی**

**فرم رضایت شخصی**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی بیمار : ...................................... تاریخ و ساعت : ......................................****شماره پرونده بیمار : ............................................ بخش بستری بیمار : ....................................****نام پزشک معالج : ...................................... پرستارمسئول بیمار : ...................................****مراقبتی که بیمار از پذیرفتن آن امتناع وزیده است (مشخص و توصیف نماید) :****............................................................................................................................................** **خطرات و عوارض مهمی که ممکن است در صورت امتناع از مراقبت ، بیمار را تهدید کند(مختصرا بیان کنید) :****...........................................................................................................................................****...........................................................................................................................................****اعلام درخواست ترخیص :****اینجانب ......................... ولی بیمار / بیمار ،بستری در بخش ............... اقرار می نمایم که در تاریخ ...................****برخلاف توصیه و صلاحدید پزشکان و کادر درمانی مرکز آموزشی درمانی شهید مظلوم دکتر بهشتی بابل ،از دریافت مراقبت پزشکی توصیه شده در کادر بالا امتناع کرده وتمام مسئولیت ناشی از این کار را می پذیرم.****دلایل بیمار از امتناع برای دریافت مراقبت عبارت است از :****..............................................................................................................................................****..............................................................................................................................................****امضائ شاهد (همراه بیمار ) امضائ شاهد (کارمند بخش مربوطه)****..................................... ..............................................****آدرس و شماره تلفن (در صورت تمایل ) : .........................................................................** |