



**فرم ترک بیمارستان با رضایت شخصی**

National Code : شماره ملی :	Unit Number : شماره پرونده :	
Attending physician : پزشک معالج :	Ward : بخش :	Name : نام :
Date of Admission : تاریخ پذیرش :	Room : اتاق :	Family name : نام خانوادگی :
	Bed : تخت :	Date of Birth : تاریخ تولد :
		Father name : نام پدر :

**این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد**

شرح مختصر بیماری : .....

درمانی که بیمار از پذیرفتن آن امتناع می کند.....

عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی درمانی: .....

اینجانب دکتر ..... پزشک معالج بیمار فوق الذکر در خصوص اقدام تشخیصی و درمانی ..... که به منظور درمان بیماری ..... انجام می شود، توضیحات کامل و آگاهی لازم را در مورد اهم عوارض و عواقب احتمالی عدم پذیرش درمان را به شرح ذیل به آقای / خانم ..... گیرنده خدمت/ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت که صلاحیت و اهلیت قانونی جهت اعطا و یا عدم اعطای رضایت نامه و براءت نامه آگاهانه و ظرفیت تصمیم گیری در امور درمانی را دارد، داده ام .

مهر و امضاء پزشک معالج :	تاریخ و ساعت :
--------------------------	----------------

**در موارد عدم رضایت به ادامه فرایند درمان و تقاضای ترخیص با رضایت شخصی این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد**

اینجانب ..... ( بیمار  ولی / نماینده قانونی بیمار  ) فرزند ..... دارای کد ملی ..... و شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متولد ..... / ..... / ..... آگاهی لازم را از بیماری و اقدامات درمانی مورد نیاز و عوارض و عواقب هر کدام و همچنین روشهای جایگزین آن و به ویژه **خطرات و عوارض عدم پذیرش درمان و مخاطرات ناشی از ترک بیمارستان با رضایت شخصی** توسط پزشک معالج جناب آقای / سرکارخانم دکتر ..... کسب نموده ام و در صحت و سلامت عقل و با آگاهی کامل از اینکه عدم پذیرش درمان و ترک بیمارستان با رضایت شخصی میتواند اینجانب را در معرض خطرات و عواقب جبران ناپذیری از قبیل تشدید بیماری، نقص عضوی و خطر بالای مرگ و میر قرار دهد، انصراف از پذیرش خدمت و **عدم رضایت خود را** جهت ادامه فرایند درمان مذکور اعلام و تقاضا دارم نسبت به ترخیص اینجانب از بیمارستان اقدام شود و کادر تشخیصی و درمانی را نسبت به هرگونه آسیب و خطرات ناشی از عدم دریافت اقدامات درمانی پیشنهادی بری الذمه نموده و حق هرگونه ادعای بعدی اعم از کیفری، حقوقی و مدنی را از خود سلب می نمایم.

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار :	تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :
--	-------------------------------

**این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد**

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... متولد ..... شماره شناسنامه / کد ملی ..... نسبت با بیمار..... شماره ..... تلفن .....	امضاء و اثر انگشت شاهد ۱ :
نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... متولد ..... شماره شناسنامه / کد ملی ..... نسبت با بیمار..... شماره ..... تلفن .....	امضاء و اثر انگشت شاهد ۲ :

**این قسمت در صورت صلاحدید پزشک معالج، توسط متخصص پزشکی قانونی بیمارستان تکمیل گردد**

۱. مدارک هویتی گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ منطبق با اطلاعات درج شده در پرونده بیمار می باشد. □ مدارک شناسایی بیمار ارائه نگردید □
  ۲. گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ آقای / خانم ..... صلاحیت و اهلیت قانونی جهت اعطا و یا عدم اعطای رضایت نامه و برائت نامه درمانی و ظرفیت تصمیم گیری در امور درمانی توضیح داده شده را دارد..
  ۳. گیرنده خدمت کلیه خطرات و عواقب عدم پذیرش درمان و ترخیص با رضایت شخصی را درک نموده و ضمن بری الذمه نمودن کادر معالج و مسئولین بیمارستان، بر تقاضای خویش اصرار دارد.
- ضمن مصاحبه با گیرنده خدمت / ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت و مطالعه پرونده بالینی نظریه تخصصی پزشکی قانونی در خصوص مورد صحت و اعتبار قانونی اجابت تقاضای ترخیص در فرم مشاوره جهت بهره برداری درج گردید.

تاریخ و ساعت:

امضاء و مهر متخصص پزشکی قانونی :

**لطفا علت اصلی ترخیص با رضایت شخصی خود را علامت بزنید تا در جهت بهبود ارائه خدمات بیمارستانی از نظرات شما استفاده گردد**

<input type="checkbox"/> وضعیت اقتصادی بیمار	دلایل مرتبط با بیمار
<input type="checkbox"/> مشکلات شخصی بیمار	
<input type="checkbox"/> ترس از درمان	
<input type="checkbox"/> احساس بهبودی	
<input type="checkbox"/> پیشنهاد همراهان بیمار	
<input type="checkbox"/> عدم اعتماد به کیفیت خدمات ارائه شده	دلایل مرتبط با کادر درمان
<input type="checkbox"/> نارضایتی از رفتار کارکنان بیمارستان	
<input type="checkbox"/> عدم ارائه اطلاعات کافی به بیمار	
<input type="checkbox"/> تأخیر در انجام اقدامات تشخیصی درمانی به دلایل مختلف	
<input type="checkbox"/> نارضایتی از پیشرفت درمان	دلایل مرتبط با بیمارستان
<input type="checkbox"/> آموزشی بودن بیمارستان	
<input type="checkbox"/> نارضایتی از وضعیت نظافت بیمارستان	
<input type="checkbox"/> نارضایتی از امکانات رفاهی بیمارستان	
<input type="checkbox"/> نارضایتی از کیفیت غذا	
<input type="checkbox"/> نارضایتی از هتلینگ بیمارستان (تهویه - نور - صدا و ...)	

سایر دلایل : .....

امضاء بیمار / ولی بیمار