

## فرم ترک بیمارستان با رضایت شخصی

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

### 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 الزمه 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 ..... |                            |
| 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.

|                                  |               |
|----------------------------------|---------------|
| امضاء و مهر متخصص پزشکی قانونی : | تاریخ و ساعت: |
|----------------------------------|---------------|

**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                                  | دلایل مرتبط با کادر درمان |
| <input type="checkbox"/> عدم اعتماد به کیفیت خدمات ارائه شده                    |                           |
| <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