

رضایت نامه ترخیص با مسولیت شخصی

توضیحات پزشک	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
شرح مختصر بیماری و مراقبتی که بیمار از پذیرفتن آن امتناع نموده است (مراقبت مورد نظر را مشخص و توصیف کنید)	
خطرات / عوارض مهمی که ممکن است در صورت امتناع از مراقبت روی دهد شامل موارد زیر است اما محدود به آن نمی باشد.	
توضیحات بیمار، مصدوم و یا سایر تعمیم گیرندگان قانونی با دست خط خود فرد	
اینجانب: فرزند: بیمار/سرپرست قانونی/ولی / حق قانونی: اقرار می نمایم که در تاریخ: آقای / خانم دکتر: خطرات و عوارض فوق را به آگاهی من رسانده است و از وضعیت خویش / بیمار خویش با مشخصات فوق آگاهی کامل دارم. با این وجود من همچنان در حالیکه در سلامت عقلانی کامل به سر می برم و تحت هیچگونه اجبار و اکراه (مادی و معنوی) قرار نداشته و با اراده خویش و بر خلاف توصیه و صلاحدید پزشکان معالج، تمایل دارم از دریافت مراقبت پزشکی توصیه شده در بالا امتناع کنم. تایید می نمایم از هیچ فردی در حال حاضر و آینده شکایت نداشته و مسولیت کلیه عواقب و مسائل قانونی و نیز پاسخگویی به سایر بستگان بر عهده اینجانب خواهد بود و بدینوسیله براثت کلیه پزشکان و کادر درمانی و مسؤلین بیمارستان را از هر گونه ضمان شرعی و قانونی اعلام می نمایم.	
دلایل من برای امتناع از ادامه مراقبت عبارتند از:	
الف) عوامل مربوط به بخش بستری: در بخش غیر مرتبط بستری هستم <input type="checkbox"/> امکانات کافی در این بخش وجود ندارد <input type="checkbox"/> ازدحام و شلوغی بخش <input type="checkbox"/> عدم دسترسی به تجهیزات درمانی در بخش <input type="checkbox"/>	
ب) عوامل مربوط به درمان: احساس می کنم نیاز به بستری ندارم <input type="checkbox"/> در این بیمارستان دسترسی به بخش ویژه در موارد ضروری میسر نیست <input type="checkbox"/> بیماری تشخیص داده نشده <input type="checkbox"/> رضایت به انجام عمل یا مراحل درمان ندارم <input type="checkbox"/> امور درمان با تاخیر انجام می شود <input type="checkbox"/> این مرکز آموزشی است <input type="checkbox"/>	
ج) عوامل شخصی اضطرار شخصی دارم <input type="checkbox"/> قادر به پرداخت هزینه ها نیستم <input type="checkbox"/>	
د) امور مربوط به ارتباط: دسترسی به پزشک معالجم ندارم <input type="checkbox"/> برخورد و رسیدگی مناسب از طرف پزشکان وجود ندارد <input type="checkbox"/> برخورد و رسیدگی مناسب از طرف پرستاران وجود ندارد <input type="checkbox"/> برخورد و رسیدگی مناسب از طرف خدمات وجود ندارد <input type="checkbox"/>	
تاریخ: ساعت: نام و نام خانوادگی: امضا و اثر انگشت: نشانی و تلفن:	
توضیحات شاهد	
شاهد اول اینجانب: نسبت با بیمار: امضا و اثر انگشت: نشانی و تلفن: شاهد دوم اینجانب: نسبت با بیمار: امضا و اثر انگشت: نشانی و تلفن: تایید می نمایم موارد فوق توسط نامبرده مطالعه و مفاد آن به وی تفهیم گردید، با رضایت و آگاهی کامل در حضور اینجانب تنظیم و امضا گردید	
امضا و مهر سر پرستار بخش / مسول شیفت	امضا و مهر پزشک معالج/دستیار تخصصی / فلو شیپ نوزادان