 بسمه تعالی

رضایت نامه و برائت نامه

با سپاس از حسن نظر شما در انتخاب این بیمارستان در درمان بیماری خود، پزشک معالج و کادر درمانی و اداری بر اساس موازین و مقررات پزشکی، قانونی، علمی و اخلاق پزشکی و قسم نامه پزشکی حداکثر تلاش خود را برای ارائه خدمات مطلوب خواهند کرد.

لطفا در حضور پزشک قانونی بیمارستان فرم ذیل را به دقت خوانده و امضاء نمایید.

اقدام جراحی و یا اقدامات درمانی و تشخیص تهاجمی

اینجانب/ ولی بیمار بر اساس نتایج آزمایشگاهی و معاینات و مدارک پزشکی که ارائه و تفهیم گردید، از نوع بیماری و نتایج حاصل از عدم درمان و یا انجام جراحی و بیهوشی و درمانهای طبی آگاه شده ام و روش های مختلف درمان و منافع و عوارض احتمالی آن ها از جمله:

توسط پزشک معالج و پزشک قانونی مشاور برای من توضیح داده شده است. بدینوسیله اذن خود را برای انجام اقدام به و کلیه اقدامات درمانی مرتبط با بیماری که به تشخیص و درمان پزشک یا پزشکان معالج و یا پزشکان مشاور و بیهوشی و کادر درمان پرستاری ، برای درمان لازم و ضروری باشد اعلام می نمایم. ممکن است اقدامات درمانی به نتایج و عواقب نامطلوب اعم از شایع و یا نادر عضوی و یا منافع آن منتهی گردد و به طور کلی سلامت بیمار به نحوی که مورد انتظار است جزاً یا کلاً اعاده نشود و پزشک یا پزشکان مربوطه قادر به کنترل و جلوگیری آن عوارض و یا رفع مخاطرات نباشند.

ضمناً اینجانب در عسر و حرج و اضطرار نبوده و در هوشیاری کامل و آزادی هستم و بیماری فعلی من اورژانسی نیست و در اختیار کامل، انتخاب پزشک و مرکز درمانی و شیوه های درمان دیگر را هم دارم و پاسخ سوالات من گفته و تفهیم شده است، بدینوسیله پس از قرائت و درک مفهوم ماده 495 و ماده 496 (برائت) و ماده 497 (اورژانسی) قانون مجازات اسلامی مصوب 1392که صراحت دارد: هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق موازین فنی و مقررات پزشکی باشد یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و نیز هرگاه پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می نماید،در صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده فوق (ماده 495) عمل نماید و در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست، حق هرگونه ادعا علیه پزشک معالج و پزشکان معالج و یا پزشکان مشاور و بیهوشی و کادر درمان پرستاری را از خود سلب و با اسقاط حق شکایت کیفری و مدنی از طرف خود، برائت وی را از هرگونه مسئولیت اعلام می نمایم. از مطالبه خسارت و ضرر و زیان اعم از مادی و معنوی و از کار افتادگی با توجه به قانون فوق الذکر انصراف حاصل می نمایم. کلیه مطالب چاپی و دستنویس فوق را پس از خواندن و تفهیم با امضاء و یا اثر انگشت تایید می نمایم.

نام و نام خانوادگی: فرزند: امضاء متخصص پزشک قانونی:

امضاء: تاریخ:

اثر انگشت: امضاء پزشک معالج: امضاء شاهد: