

تاریخ پذیرش: نام و نام خانوادگی: نام پدر:		Date of Admission: Name & Family name: Father name:		شماره ملی: تاریخ تولد: پزشک معالج / معرف:		ID No: Date of Birth: Attending physician:	
این قسمت توسط مسئول فنی مرکز تکمیل گردد							
اینجانب آقا/ خانم مسئول فنی مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل در خصوص اقدامات تشخیصی / درمانی / مراقبتی در منزل که برای مددجو به نام انجام می شود، توضیحات کافی و آگاهی لازم را در مورد اهم مزایا ، عوارض و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن به آقای / خانم مددجو □ ولی/ نماینده قانونی مددجو □ ارائه داده ام که شامل موارد ذیل می باشد :							
مزایای استفاده از روش تشخیصی/ درمانی / مراقبتی در منزل توصیه شده :							
اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی/ درمانی / مراقبتی در منزل توصیه شده :							
روش یا روشهای جایگزین تشخیصی/ درمانی / مراقبتی در منزل با ذکر مزایا و عوارض احتمالی :							
عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی/ درمانی / مراقبتی در منزل توصیه شده:							
مهر و امضاء مسئول فنی :				تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :			
این قسمت توسط بیمار/ ولی یا نماینده قانونی مددجو تکمیل گردد							
اینجانب مددجو □ ولی/ نماینده قانونی مددجو □ دارای کد ملی/ شماره شناسنامه تاریخ تولد / / به طور کامل این فرم را مطالعه نموده و با توضیحات ارائه شده از سوی مسئول فنی مرکز از مزایا ، عوارض و یا عواقب احتمالی ، روش جایگزین و عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی/ درمانی / مراقبتی در منزل مطلع شدم (شنیدم و تفهیم شدم) و در حضور سرکار خانم / جناب آقای با آزادی، علم و درک کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی اعم از حقیقی - حقوقی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز عوارض احتمالی توضیح داده شده که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید بریّ الذمه نموده و هیچ ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت .							
اینجانب به پرستار معرفی شده از سوی موسسه/ مسئول فنی موسسه/ مسئولین وزارت بهداشت و بیمه ها اجازه ورود به منزل با هماهنگی قبلی را جهت بررسی کیفیت مراقبتها و نظارت بر ارائه مراقبت می دهم و خود را ملزم بر رعایت ایمنی پرستار معرفی شده از سوی مرکز می دانم.							
امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی/ نماینده قانونی بیمار:				تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:			
این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد							
شاهد اول :				شاهد دوم :			
نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه /				نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه / کد ملی			
کد ملی نسبت با بیمار.....				نسبت با بیمار.....			
امضاء و اثر انگشت/تاریخ و ساعت شاهد 1:				امضاء و اثر انگشت/تاریخ و ساعت شاهد 2:			