



شماره فرم: MA - FO - 12

شماره ویرایش: A

فرم ترخیص با رضایت شخصی

شبکه بهداشت و درمان آران و بیدگل
بیمارستان سیدالشهداء

س	زن <input type="checkbox"/>	مرد <input type="checkbox"/>	سن: ----- سال
میزان تحصیلات	زیر دیپلم <input type="checkbox"/>	دیپلم <input type="checkbox"/>	فوق دیپلم و بالاتر <input type="checkbox"/>
شغل	خانه دار <input type="checkbox"/>	کارگر <input type="checkbox"/>	کارمند <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/>
وضعیت تاهل	متاهل <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>
علت بستری شدن	معرفی پزشک <input type="checkbox"/>	اورژانسی <input type="checkbox"/>	انتقالی از سایر مراکز <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/>
سابقه بستری	یکبار <input type="checkbox"/>	دوبار <input type="checkbox"/>	سه بار و بیشتر <input type="checkbox"/>



شماره فرم: MA - FO - 12

شماره ویرایش: A

فرم ترخیص با رضایت شخصی

شبکه بهداشت و درمان آران و بیدگل
بیمارستان سیدالشهداء

س	زن <input type="checkbox"/>	مرد <input type="checkbox"/>	سن: ----- سال
میزان تحصیلات	زیر دیپلم <input type="checkbox"/>	دیپلم <input type="checkbox"/>	فوق دیپلم و بالاتر <input type="checkbox"/>
شغل	خانه دار <input type="checkbox"/>	کارگر <input type="checkbox"/>	کارمند <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/>
وضعیت تاهل	متاهل <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>
علت بستری شدن	معرفی پزشک <input type="checkbox"/>	اورژانسی <input type="checkbox"/>	انتقالی از سایر مراکز <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/>
سابقه بستری	یکبار <input type="checkbox"/>	دوبار <input type="checkbox"/>	سه بار و بیشتر <input type="checkbox"/>

دلایل مربوط به بیمار

- نداشتن بیمه و وضعیت اقتصادی مناسب
- مشکلات شخصی و خانوادگی
- سوء مصرف مواد
- احساس بهبود بقدر کافی
- نداشتن همراه ترس بیمار از ادامه درمان
- بعد مسافت
- مسائل شغلی
- سایر موارد

دلایل مربوط به بیمارستان

- نداشتن بخش یا متخصص لازم جهت بستری
- نبود تجهیزات و امکانات کافی
- عدم مهارت کادر درمان
- عدم رسیدگی کادر درمان
- عدم رسیدگی کادر درمان
- سطح پایین خدمات بیمارستان
- احساس یکنواختی، کسلی و خستگی از محیط بیمارستان

دلایل مربوط به بیمار

- نداشتن بیمه و وضعیت اقتصادی مناسب
- مشکلات شخصی و خانوادگی
- سوء مصرف مواد
- احساس بهبود بقدر کافی
- نداشتن همراه ترس بیمار از ادامه درمان
- بعد مسافت
- مسائل شغلی
- سایر موارد

دلایل مربوط به بیمارستان

- نداشتن بخش یا متخصص لازم جهت بستری
- نبود تجهیزات و امکانات کافی
- عدم مهارت پرستار/پزشک
- عدم رسیدگی پرستار/پزشک
- برخورد نامناسب پرسنل
- سطح پایین خدمات بیمارستان
- احساس یکنواختی، کسلی و خستگی از محیط بیمارستان

بدینوسیله اینجانب ----- بیمار/ولی بیمار اعلام می دارد که با توجه به موارد فوق و

علیرغم صلاحدید پزشک معالج حاضر به بستری شدن یا ادامه بستری در این بیمارستان نمی باشم و عواقب

ناشی از آن را شخصاً به عهده می گیریم.

تاریخ و امضاء ولی بیمار

تاریخ و امضاء بیمار