

GIẤY CAM KẾT TỪ CHỐI SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI KÝ

Tôi tên là:.....Năm sinh: Nam Nữ

Là người bệnh

Làcủa người bệnh..... Năm sinh:.....

Đang điều trị tại khoa:Phòng:..... Giường:.....

II. NỘI DUNG

Phương pháp điều trị/chỉ định dự kiến thực hiện:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tôi đã được giải thích về lợi ích của phương pháp điều trị dự kiến, những nguy cơ, đặc biệt là những rủi ro, biến chứng có thể xảy ra nếu từ chối điều trị hoặc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nêu trên.

Tôi xác nhận việc từ chối điều trị hoặc sử dụng dịch vụ y tế trên vào.....giờ..... ngày...../...../20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

Nguy cơ/ rủi ro:

.....
.....
.....

Tôi xác nhận đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh về lợi ích, nguy cơ, biện pháp thay thế của việc từ chối sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trên.

Ngày...../...../20.....

Bác sĩ điều trị

(Ký, ghi rõ họ tên)