



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
معاونت امور درمان

کد فرم: Cg-H.1-1

فرم ترخیص با رضایت شخصی

تاریخ:

بیمارستان:

کد شناسی:

سن: جنس: مذکر مؤنث

تاریخ بستری: شماره پرونده: تاریخ ترخیص:

تشخیص: پزشک معالج:

نام و نام خانوادگی رضایت دهنده نسبت وی با بیمار:

این قسمت توسط متصدی ترخیص تکمیل گردد.

بیمار محترم ، همراه گرامی :

پیشاپیش از وقتی که در اختیار این مرکز قرار می دهید صمیمانه سپاسگزاریم و بهبودی کامل شما را از خداوند
منان خواستاریم . لطفاً با نوشتن علت ترخیص با رضایت شخصی مدیریت این مجموعه را در بهبود کیفیت
خدمات ارائه شده یاری نمائید . خاطر نشان می سازد اطلاعات دریافتی شما محرمانه خواهد ماند .

علت رضایت شخصی:

در صورتیکه در خواست رسیدگی و پیگیری دارید تلفن خود را در مربع روبرو درج نمائید