

تاریخ پذیرش: / /



## فرم رضایت نامه آگاهانه

جهت اقدامات تشخیصی، درمانی، جراحی در کلینیک تخصصی دندانپزشکی دکتر حامد کرامت

اینجانب (خانم/آقای) ..... (بیمار/ولی قانونی بیمار) دارای کد ملی .....  
با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی لازم که  
طبق صلاح دید پزشک و کادر درمانی انجام شود اعلام می‌دارد.  
پزشک و کادر درمانی را از مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی مبری نموده و هیچ گونه  
ادعایی اعم از کیفری و حقوقی نخواهیم داشت.

مهر و امضای پزشک

امضای بیمار

امضای ولی بیمار

امضای شاهد بیمار