

CAM KẾT ĐỒNG Ý CỦA NGƯỜI BẢO HỘ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

I. Tên cá nhân (Người nhận phẫu thuật)

Họ và tên : _____ (Kí tên)

Điện thoại liên hệ : _____

Ngày tháng năm sinh : _____

Địa chỉ : _____

II. Người bảo hộ (Người đại diện hợp pháp)

Họ và tên : _____ (Kí tên)

Điện thoại liên hệ : _____

Mối quan hệ với bệnh nhân : _____

Ngày tháng năm sinh : _____

Địa chỉ : _____

III. Nội dung

Với tư cách là người bảo hộ(người đại diện hợp pháp), tôi đã hiểu rõ nội dung sau đây và đồng ý với việc nhận phẫu thuật(thủ thuật) của trẻ vị thành niên được đề cập ở trên

- Phía dưới -

- Đã nghe và hiểu rõ nội dung giải thích của bác sĩ về tình trạng bệnh nhân, bản chất, hiệu quả của tiêm tê.gây mê cũng như những nguy hiểm và biến chứng có thể xảy ra.Đồng thời xác nhận sau khi đồng ý sẽ không can thiệp, gây can trở bằng những phán đoán mang tính tự chủ.
- Xác nhận trong quá trình tiến hành phẫu thuật (thủ thuật) sẽ ủy nhiệm toàn bộ quyền hạn cho bệnh nhân và phối hợp chặt chẽ với bác sĩ điều trị chính.
- Quyền hạn và trách nhiệm ký tên/đóng dấu đồng ý với tất cả các thủ tục hoặc quy trình cần thiết để viết mẫu chấp thuận phẫu thuật, các thủ tục phẫu thuật và tài liệu cần thiết khác được ủy quyền cho bệnh nhân.
- Xác nhận nội dung văn bản này đã được giải thích đầy đủ với bệnh nhân và người bảo hộ, không tồn tại nội dung gian dối, trái pháp luật. Xác nhận hiệu lực chữ kí của người đại diện hợp pháp(người bảo hộ).

20 Năm Tháng Ngày

Người bảo hộ : _____ (Kí tên)

Tài liệu đính kèm: Chứng minh thư của người đại diện hợp pháp(người bảo hộ), giấy xác minh quan hệ gia đình
Trong trường hợp bệnh nhân dưới 14 tuổi, người đại diện có trách nhiệm viết đơn.