

نام خانوادگی :	نام :	نام پدر :	سن :
بخش بستری:	تشخیص :	پزشک معالج :	شماره پرونده :

اینجانب ..... مایلیم با رضایت شخصی از این مرکز ترخیص گردم .

دلیل اینکه می خواهم با رضایت خودم مرکز را ترک کنم اینست که .....

- درمان من طولانی شده است .
- تصمیمی در مورد من گرفته نشده و بالاتکلیف هستم .
- پزشک متخصص من را ویزیت نمی کند .
- به من اطلاعات کافی در مورد بیماری ام داده نمی شود .
- می خواهم به مطب پزشکم مراجعه کنم .
- هزینه های درمانی من زیاد است .
- علامت بیماری ام رفع شده است .
- پرسنل پرستاری رفتار مناسبی با من و همراهانم نداشته اند .
- همراهان من راضی به ماندن من در بیمارستان نیستند .
- کارکنان و پزشکان بیمارستان من را قانع کردند که رفتن من از این بیمارستان برایم بهتر است .
- از برخورد پزشکم راضی نیستم .
- امکانات رفاهی ( نمازخانه، بوفه ، همراهسرا و...) در این بیمارستان وجود ندارد .
- وضعیت بهداشتی بیمارستان ( اتاق ها ، سرویس بهداشتی ) مناسب نیست .

امضاء و اثر انگشت ولی / قیم / سرپرست بیمار :

امضاء / اثر انگشت بیمار:

امضاء پرستار :