# دانلود نمونه رضایت نامه لابیاپلاستی

بدین وسیله اینجانب (نام و نام خانوادگی بیمار)، فرزند (نام پدر)، به شماره ملی (شماره ملی) و نشانی (آدرس کامل)، با آگاهی کامل از ماهیت عمل جراحی لابیاپلاستی و عوارض احتمالی آن، رضایت خود را به انجام این عمل در کلینیک/بیمارستان (نام کلینیک) و توسط پزشک محترم (نام پزشک) اعلام میکنم.

همچنین اعلام میکنم که تمامی توضیحات مربوط به مراحل عمل، مراقبت های قبل و بعد از جراحی و ریسک های احتمالی برای من تشریح شده است و مسئولیت تصمیم خود را میپذیرم.