دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی خراسان شمالی

فرم رضایت‌نامه اهدای پیکر به گروه علوم تشریح دانشکده پزشکی بجنورد

الف) مشخصات متوفی/ اهداکننده:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ فوت

ب) آیا متوفی /اهدا کننده ، وصیت‌نامه‌ای مبنی بر اهدای پیکر خود داشته است؟ بله ☐ (پیوست شود) خیر☐

ج) اقراریه ورثه/رضایت‌دهندگان:

- ما ورثه قانونی متوفی/اهداکننده، با اطلاع کامل از اینکه پیکر جهت آموزش کالبد شکافی و مقاصد پژوهشی به دانشکده پزشکی بجنورد اهدا می‌شود، رضایت صریح خود را نسبت به این امر اعلام می‌داریم.
- ما ورثه قانونی می‌دانیم که فرآیند کالبدشکافی منجر به تغییراتی در ساختار پیکر می‌شود و پس از پایان فرآیند تشریح ، پیکر طبق پروتکل‌های بهداشتی و شرعی به خانواده و وارثین مرحوم تحویل می شود.
- ما ورثه قانونی اقرار می‌کنیم که اهدای پیکر به دانشکده پزشکی بجنورد به صورت کاملاً داوطلبانه و بدون دریافت هیچ‌گونه پاداش مالی صورت می‌گیرد.
- ما ورثه قانونی متعهد می‌شویم که پس از امضای این فرم، هیچ‌گونه ادعای حقوقی، مدنی یا کیفری علیه دانشکده پزشکی بجنورد و دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی در رابطه با این موضوع نخواهیم داشت.

د) مشخصات ورثه/رضایت‌دهندگان:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با متوفی	شماره ملی	امضا و اثر انگشت
1				
2				
3				
4				
5				

ذ) دانشکده پزشکی متعهد می شود کرامت و حریم خصوصی متوفی حفظ شود و پس از پایان فرآیند کالبد شکافی پیکر را جهت تدفین به خانواده بازگرداند.

تاریخ تنظیم فرم: .....

شاهد :..... شاهد 2 :.....