



## موافقة مسبقة INFORMED CONSENT

تاريخ: 6/10/2024

رقم الملف: \_\_\_\_\_  
اسم المريض: محمد بن محمد العفري  
إجراء/ علاج أو معاملة: \_\_\_\_\_  
مبلغ الخدمة: \_\_\_\_\_  
Service amount: \_\_\_\_\_

أقر أنا الموقع أدناه بما يلي:

- 1- قام الطبيب المعالج بالشرح لي عن طبيعته الإجراء الطبي والعلاج والغاية المرجوة منه، وعن المخاطر المحتملة.
- 2- لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي وأنتى اتفهم هذه المخاطر الموضحة لي.
- 3- فى حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخطار الطبيب المعالج دون تأخير لمباشرة الإجراءات العلاجية أو التشخيصية أو الجراحية إن لزم الأمر.
- 4- أنتى على علم بجميع ما سبق ووافق عليها دون تحمل الطاقم الطبي أدنى مسؤولية.

I, \_\_\_\_\_ hereby agree and accept completely with the following statements:

1. The Doctor explained to me about the nature of this procedure/treatment, its indication, the possible complications, and risks.
2. All my questions have been answered and I understood all the risks and other information explained to me.
3. If complications may occur, I will inform the doctor who treated my case without any delay to go over the necessary medical and/or surgical actions required.
4. I confirm that I know and understand completely the statements mentioned above and I agree with it without holding responsibility on the Medical Team.

Signed by:

المقر بما فيه:

الاسم: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_

تاريخ: 6/10/2024

Dr. Hadeel Hussien  
Doctor's Stamp & Signature

(BHHC-CF-FRM-01)