

## موافقة مسبقة INFORMED CONSENT

Date: \_\_\_\_\_

6-11-2021

تاريخ:

File Number: \_\_\_\_\_

رقم الملف

Patient's Name: \_\_\_\_\_

سيرة عبد العزيز الشلاله

اسم المريض:

Procedure/Treatment: \_\_\_\_\_

إجراء/ علاج او معاملة:

أقر أنا الموقع أدناه \_\_\_\_\_ علاقتي بالمريض: \_\_\_\_\_

- 1- قام الطبيب المعالج بالشرح لي عن طبيعة الاجراء الطبي والعلاج والغاية المرجوة منه، وعن المخاطر المحتملة.
- 2- لقد تمت الاجابة على كافة استفساراتي وأنني اتفهم هذه المخاطر الموضحة لي.
- 3- في حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخطار الطبيب المعالج دون تأخير لمباشرة الإجراءات العلاجية أو التشخيصية أو الجراحية إن لزم الامر.
- 4- أنني على علم بجميع ما سبق ووافق عليها دون ان يتحمل الطاقم الطبي أدنى مسؤولية
- 5- الموافقة على تكلفه الخدمة

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 understand 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.
5. Approval of the service cost.

Signed by:

المقر بما فيه

Name: \_\_\_\_\_

سلطان الشلاله

الاسم:

Signature: \_\_\_\_\_

التوقيع:

توقيع الطبيب:

توقيع الممرضة:

اسم الطبيب/ة:

اسم الممرضة:

الأخصائية: هديل ابو يعقوب