

موافقة مسبقة INFORMED CONSENT

تاريخ: _____
رقم الملف: _____
اسم المريض: _____
إجراء/ علاج او معاملة: _____
توقيع المريض: _____
علاقته بالمريض: _____

- 1- قام الطبيب المعالج بالشرح لى عن طبيعة الاجراء الطبي والعلاج والغاية المرجوة منه، وعن المخاطر المحتملة .
- 2- لقد تمت الاجابة على كافة استفساراتي وأنتي اتفهم هذه المخاطر الموضحة لى .
- 3- فى حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخطار الطبيب المعالج دون تأخير لمباشرة الاجراءات العلاجية أو التشخيصية أو الجراحية إن لزم الامر .
- 4- أنتى 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

الاسم : _____

التوقيع: _____

توقيع الطبيب : _____
توقيع الممرضة : _____

اسم الطبيب/ة : _____
اسم الممرضة : _____