

موافقة مسبقة
INFORMED CONSENT

Date: _____

تاريخ: 2025/11/18

File Number: _____

رقم الملف

Patient's Name: _____

اسم المريض: حليمه علي الاحمري

Procedure/Treatment: _____

إجراء/ علاج او معاملة: زيارة طبيب (علاج طبيعى)

أقر أنا الموقع ادناه منال حسن عبدة الاحمري علاقته بالمريض: ابنتها

- 1- قام الطبيب المعالج بالشرح لى عن طبيعة الاجراء الطبي والعلاج والغاية المرجوة منه، وعن المخاطر المحتملة .
- 2- لقد تمت الاجابة على كافة استفساراتي وانني 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- أئنى 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 : _____

الاسم : منال حسن عبدة الاحمري

Signature: _____

التوقيع:

توقيع الطبيب :

توقيع الممرضة :

اسم الطبيب/ة :

اسم الممرضة : أهال