



موافقة مسبقة INFORMED CONSENT

Date: _____

تاريخ: ٢٠٢٥/٢/١٩

File Number: _____

رقم الملف

Patient's Name: _____

اسم المريض: لارة العدل

Procedure/Treatment: _____

إجراء/ علاج او معاملة: زيارة طبيب وعمرهنة

أقر أنا الموقع ادناه _____ 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 وأنني 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- أننى على علم بجميع ما سبق ووافق عليها دون تحمل 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 : اسم عبد العزيز العدل

Signature: _____

التوقيع: _____

توقيع الطبيب : _____

توقيع الممرضة : _____

اسم الطبيب/ة : د/ محمد مكي

اسم الممرضة : آمال هلال