

موافقة مسبقة
INFORMED CONSENT

Date: May 17, 2025 تاريخ: _____
File Number: _____ رقم الملف: _____
Patient's Name: د. محمد عبد الله الرشد اسم المريض: _____
Procedure/Treatment: Doctor & physiotherapy visit إجراء/ علاج او معاملة: _____

- أقر أنا الموقع أدناه د. محمد عبد الله الرشد علاقته بالمريض: ابنه
- 1- قام الطبيب المعالج بالشرح لي عن طبيعة الاجراء الطبي والعلاج والغاية المرجوة منه، وعن المخاطر المحتملة.
 - 2- لقد تمت الاجابة على كافة استفساراتي وأنتي اتفهم هذه المخاطر الموضحة لي.
 - 3- في حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخطار الطبيب المعالج دون تأخير لمباشرة الاجراءات العلاجية أو التشخيصية أو الجراحية إن لزم الامر.
 - 4- أنني على علم بجميع ما سبق ووافق عليها دون تحمل الطاقم الطبي أدني 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 : د. محمد عبد الله الرشد

Signature: _____ التوقيع: [Signature]

توقيع الطبيب : [Signature] اسم الطبيب/ة : د. محمد عبد الله الرشد
توقيع الممرضة : YOLANDA EVANGELISTA اسم الممرضة : YOLANDA EVANGELISTA