



## موافقة مسبقة INFORMED CONSENT

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

تاريخ: 11-7-2025

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

رقم الملف

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

اسم المريض: لصيفة محمد الفريسي

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

تقييم حبل وتقييم علاج طبيعي

إجراء/ علاج او معاملة:

علاقته بالمريض: ابنتها

أقر انا الموقع انناه

- 1- قام الطبيب المعالج بالشرح لى عن طبيعة الاجراء الطبي والعلاج والغاية المرجوة منه، وعن المخاطر المحتملة .
- 2- لقد تمت الاجابة على كافة استفساراتي وأنتني 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- أنتنى على علم بجميع ما سبق ووافق عليها دون ان يتحمل الطاقم الطبي أدنى مسؤولية

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.

Signed by:

المقر بما فيه

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

الاسم : عصفور عبدالعزيز الحاحام

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

التوقيع:

توقيع الطبيب :

توقيع الممرضة :

اسم الطبيب/ة :

اسم الممرضة :