

## موافقـــة مسبقــة INFORMED CONSENT

Date:	-	*	16.00	تاريخ: _ / /
File Number:				رقم الملف
Patient's Name:		المهاوس	يوره وواصم	اسم المريض:
Procedure/Treatment:	<u>پری۔</u>	<b>و</b> معلول ود	نه: من من الله	إجراء/ علاج او معام
ابنتها	علاقته بالمريض: _	حني	in whethe	أقر انا الموقع ادناه_
وعن المخاطر المحتملة .	ي والعلاج والغاية المرجوة منه،	•		
		-	جابة على كافة استفسار اتي 	
ة الاجراءات العلاجية أو التشخيصية أو	بيب المعالج دون تأخير لمباشر	، أقوم بإخطار الط		
			- , -	الجراحية إن
<ul> <li>4- أننى على علم بجميع ما سبق واوافق عليها دون ان يتحمل الطاقم الطبي أدنى مسنولية</li> </ul>				
			لى تكلفه الخدمة	5- الموافقة ع
<ol> <li>hereby agree and accept completely with the following statements:         <ol> <li>The Doctor explained to me about the nature of this procedure/treatment, its indication, the possible complications, and risks.</li> <li>All my questions have been answered and I understand all the risks and other information explained to me.</li> <li>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.</li> <li>I confirm that I know and understand completely the statements mentioned above and I agree with it without holding responsibility on the Medical Team.</li> </ol> </li> <li>Approval of the service cost.</li> </ol>				
Signed by:				المقر بما فيه
Name:		S	برمناورا الحل	الاسم:
Signatu	re:توقيع الطبيب :نوقيع الممرضة :	2/2:	, , ,	اسم الطبيب/ة : <u>ح/</u> اسم الممرضة : <u>م الإل</u> ا