

موافقة مسبقة  
INFORMED CONSENT

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

تاريخ: 19/jun/2025

File Number: \_\_\_\_\_ رقم الملف

Patient's Name: Monera Mohamed Alothman اسم المريض:

Procedure/Treatment: \_\_\_\_\_ إجراء/ علاج او معاملة:

أقر أنا الموقع أدناه صبر محمد العثمان علاقته بالمريض: الزوجة

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

Signature: \_\_\_\_\_ التوقيع :

توقيع الطبيب : \_\_\_\_\_

توقيع الممرضة : \_\_\_\_\_

اسم الطبيب/ة : \_\_\_\_\_

اسم الممرضة : \_\_\_\_\_