

# SECURITY FORCES HOSPITAL PROGRAM

## EDUCATION & TRAINING AFFAIRS

### AUDIOVISUAL DIVISION

## موافقة مريض على التصوير

### PATIENT CONSENT FOR PHOTOGRAPH

Pro : 2

14/11/14 19:21

19Y M

I agree to give permission for Medical Photography, for Investigation/ Educational Purposes and follow up. The purpose has been explained to me by Dr. ....

Patient's Name .....Signature.....

Attending Physician ..... Signature.....

لا مانع من إجراء التصوير الطبي علي للأغراض العلمية والتعليمية ولمتابعة الحالة ولقد شرح لي د. أحمد الجسيم الغرض من إجراء التصوير.

الإسم ..... التاريخ 2014/11/17

التوقيع ..... الطبيب الشاهد ..... التاريخ 2014/11/17

Patient Signature: أحمد الجسيم  
تعليمات الطبيب

#### Doctor's Instructions

وشرح لي د. أحمد الجسيم الغرض من إجراء التصوير. وشرح لي د. أحمد الجسيم الغرض من إجراء التصوير. وشرح لي د. أحمد الجسيم الغرض من إجراء التصوير.

- And case publication with anonymity in a scientific journal
- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P.A.     | <input type="checkbox"/> A.P.  |
| <input type="checkbox"/> L.LAT    | <input type="checkbox"/> R.LAT |
| <input type="checkbox"/> Close-Up | <input type="checkbox"/> 3/4   |
| <input type="checkbox"/> MACRO    |                                |

