

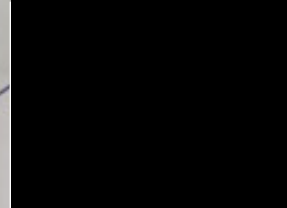
موافقة خطية

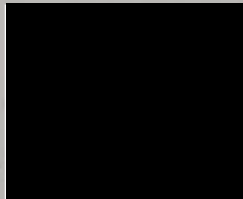
إني أوافق على التالي:

١. استخدام المعلومات الخاصة بالمريض لأدراجها ضمن البحوث العلمية.
٢. استخدام الصور وجميع أنواع التحاليل المخبرية والأشعاعية في البحوث العلمية للطبيب المعالج.
٣. عرض هذه البحوث بما تضمنته بالفقرتين ١ و ٢ بالمؤتمرات والجلسات العلمية.
٤. نشر البحوث بما تضمنته في الفقرتين ١ و ٢ في المجلات والكتب العلمية.
٥. ان يحافظ الطبيب على سرية المعلومات وذلك بعدم التصريح بالاسم الشخصي او ما يشير اليه من الحروف وبذل الجهود الممكنة التي تحول دون اظهار ما يكشف الشخصية الا عند الضرورة.
٦. يحق للطبيب المعالج مشاركة المعلومات والصور مع من يرتئيه من الأطباء او المجلات او دور النشر

وعليه وقعت

التوقيع: 
التاريخ:

الاسم الثلاثي: 
العمر: ✓

التوقيع: 
التاريخ:

أسم الطبيب المعالج: د وسن نوري محمد حسن

ملاحظة: للمريض الحق في عدم الموافقة ولن يترتب على ذلك حرمان المريض أو ذوبه من العناية او الاستشارة الطبية او تقديم الخدمات العلاجية الضرورية