

محمد أحمد محمد حسن

اسم المريض

٢٠١٥ / ٣ / ٢٣

تاريخ ميلاد المريض

الموافقة على العلاج / الرعاية

أوافق على العلاج والرعاية من قبل الأطباء من مستشفيات جامعة أسيوط .

قد يشمل ذلك الإجراءات التشخيصية والأشعة والمخبرية والصور/ أو التسجيلات التي تم التقاطها للمساعدة في تشخيص / أو علاج الحالة وإدراج الدواء .

أقر بأنه لم يتم تقديم أي ضمانات بشأن تأثير هذا العلاج والرعاية على حالتي .أتحمل المسؤولية عن الممتلكات الشخصية التي جلبتها معي.

أفهم أنه باستثناء الحالات الطارئة أو غير العادية ، لن يتم تنفيذ أي إجراء جوهري دون إتاحة الفرصة لي لإعطاء موافقة مستنيرة لهذا الإجراء .الموافقة المستنيرة تعني أن مقدم الخدمات الطبية يجب أن يكشف لي عن المعلومات بما في ذلك الفوائد والمخاطر المتوقعة لإجراء معين / أو علاج معين .يتضمن هذا الفهم أنه لا يجوز إجراء أي بحث أو إجراءات تجريبية دون معرفتي وموافقي.

أفهم أنه يتم إعطاء الموافقة مسبقاً على أي تشخيص / أو علاج محدد وأعتزم أن تستمر هذه الموافقة بطبيعتها حتى بعد إجراء تشخيص محدد / أو التوصية بالعلاج .

أفهم أن لدي الحق في إلغاء هذه الموافقة باستخدام أي طريقة معقولة بما في ذلك شفهيًا أو كتابيًا .

تم شرح هذا النموذج بالكامل وأنا أفهم محتواه وأهميته.

أحمد محمد حسن

الاسم المطبوع إذا كان الممثل القانوني

العلاقة بالمريض

إمضاء أحمد

تاريخ ٢٠١٩ / ٥ / ١٩