

موافقة خطية

أوافق على التالي:

١. استخدام المعلومات الخاصة بالمريض لأدراجها ضمن البحوث العلمية.
٢. استخدام الصور وجميع أنواع التحاليل المختبرية والاشعاعية 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:

أسم الطبيب المعالج: د وسن نوري محمد حسن

التاريخ:

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

موافقة خطية

أوافق على التالي:

١. استخدام المعلومات الخاصة بالمريض لأدراجها ضمن البحوث العلمية.
٢. استخدام الصور وجميع أنواع التحاليل المختبرية والاشعاعية 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:

أسم الطبيب المعالج: د و سن نوري محمد حسن

التوقيع

التاريخ

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