

SECURITY FORCES HOSPITAL PROGRAM

EDUCATION & TRAINING AFFAIRS

AUDIOVISUAL DIVISION

موافقة مريض على التصوير

PATIENT CONSENT FOR PHOTOGRAPH

Pro : 2

14/11/14 19:21

197 11

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 الحبيب الغرض من إجراء التصوير.

الإسم التاريخ 2014/11/14

التوقيع الطبيب الشاهد التاريخ 2014/11/14

Patient Signature:

تعليمات الطبيب

Doctor's Instructions

وشرح لي د. أحمد الحبيب الغرض من إجراء التصوير.

And case publication with anonymity in a scientific journal

☐ P.A.

☐ A.P.

☐ L.LAT

☐ R.LAT

☐ Close-Up

☐ 3/4

☐ MACRO

