

موافقة مسبقة INFORMED CONSENT

تاريخ: 14/07/2025

Date: _____

File Number: 1000843971

رقم الملف

اسم المريض:

Patient's Name: Prayan Zahed Ahmed Zahed

Procedure/Treatment: Blood Sample For Food Allergy

إجراء/ علاج او معاملة:

أقر انا الموقع ادناه Prayan Zahed Ahmed Zahed علاقته بالمريض: ابن

1- قام الطبيب المعالج بالشرح لى عن طبيعة الاجراء الطبي والعلاج والغاية المرجوة منه، وعن المخاطر المحتملة.

2- لقد تمت الاجابة على كافة استفساراتي وأتني اتفهم هذه المخاطر الموضحة لى .

3- فى حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخطار الطبيب المعالج دون تأخير لمباشرة الاجراءات العلاجية أو التشخيصية أو الجراحية إن لزم الامر .

4- أننى على علم بجميع ما سبق ووافق عليها دون ان يتحمل الطاقم الطبي أدنى مسؤولية

I, _____ hereby agree and accept completely with the following statements:

1. The Doctor explained to me about the nature of this procedure/treatment, its indication, the possible complications, and risks.
2. All my questions have been answered and I understand all the risks and other information explained to me.
3. If complications may occur, I will inform the doctor who treated my case without any delay to go over the necessary medical and/or surgical actions required.
4. I confirm that I know and understand completely the statements mentioned above and I agree with it without holding responsibility on the Medical Team.

Signed by:

المقر بما فيه

Name :

Signature:

توقيع الطبيب :

توقيع الممرضة :

اسم الطبيب/ة :

اسم الممرضة :