



موافقة مسبقة INFORMED CONSENT

Date: _____

تاريخ: 25/10/2025

File Number: _____

رقم الملف

Patient's Name: _____

اسم المريض: د. عبد الله بن يحيى

Procedure/Treatment: _____

إجراء/ علاج او معاملة: معالجة طبية

أقر أنا الموقع ادناه: د. عبد الله بن يحيى علاقتي بالمريض: ابنتها

- 1- قام الطبيب المعالج بالشرح لى عن طبيعة الاجراء الطبي والعلاج والغاية المرجوة منه، وعن المخاطر المحتملة.
- 2- لقد تمت الاجابة على كافة استفساراتي وأنني اتفهم هذه المخاطر الموضحة لى .
- 3- فى حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخطار الطبيب المعالج دون تأخير لمباشرة الاجراءات العلاجية او التشخيصية أو الجراحية إن لزم الامر .
- 4- أنني على علم بجميع ما سبق ووافق عليها دون ان يتحمل الطاقم الطبي أدنى مسؤولية
- 5- أعني أن شركة بيتنا لا تتدخل فى ال العلاقة العلاجية بين المريض ومقدم الخدمة الطبية

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.
5. I acknowledge that "Baitna " company does not interfere in the therapeutic relationship between the patient and the healthcare provider

Signed by:

Name : _____

Signature: _____

المقر بما فيه

الاسم: د. عبد الله بن يحيى

التوقيع: _____

توقيع الطبيب :

توقيع الممرضة :

اسم الطبيب/ة: د. عبد الله بن يحيى

اسم الممرضة: د. عبد الله بن يحيى