



المركز السوري التخصصي لأمراض الكلية

الموافقة على الرعاية الطبية المتكاملة - CONSENT

أنا الموقع أدناه:

أقرّ بأنّ حالتني الطبية قد تم شرحها لي بصورة واضحة ومفهومة، وأني تلقيت الإجابات اللازمة على جميع استفساراتي، وأني أفهم طبيعة العلاج المقترح في المركز السوري التخصصي لأمراض الكلية.

تفاصيل العلاج:

أوافق على تلقي الرعاية الطبية اللازمة من قبل الأطباء، وفريق الرعاية الصحية المختصين من الرعاية التمريضية الطبية، الاختبارات المخبرية، والإجراءات العلاجية الضرورية.

حقوقني وواجباتني:

أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وقد تلقيت إجابات واضحة ووافق طوعاً ووعياً على الخضوع للعلاج أتعهد بالتعاون والالتزام بالتعليمات الطبية للحفاظ على صحتني.

المضاعفات والمسؤولية:

أبلغت المضاعفات المتعلقة بالعلاج. وأنا على دراية كاملة بالمخاطر والفوائد والإجراءات العلاجية الطبية، بما في ذلك: تحمل المسؤولية المالية الكاملة لجميع الأجر والتكاليف المتعلقة بالخدمات الطبية بما في ذلك: الاستشارات، الفحوصات، المقابلات، والعلاجات.

الأسم الكامل: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

اسم الشاهد: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____