

Patient's I.D.

مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث

عزيزي المريض:

لكي تتمكن من تقديم أفضل الخدمات لك، وتقليل زمن انتظارك قدر الإمكان، نأمل منك تعبئة هذا النموذج حتى تتمكن من استكمال المعلومات في ملفك الطبي.

اسم المريض: _____

تاريخ الميلاد: _____ مكان الميلاد: _____ (الأول) (الأب) (الجد) (العائلة)
رقم البطاقة/ جواز السفر: _____ تاريخ ومكان الإصدار: _____
الجنسية: _____ اسم الأم: _____
الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج أرمل مطلق الديانة: _____
الجنس: ذكر أنثى

العنوان: المدينة: _____ الرمز البريدي: _____ تلفون المنزل: _____

العمل: _____ تلفون: _____ تحويلة: _____

هل لديك ملف قديم في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هو رقم الملف: _____

١- هيوال / صام

أقارب يمكن الاتصال بهم في حالة الطوارئ:

١) الاسم: _____ صلة القرابة: _____

العنوان: المدينة: _____ الحي: _____ الشارع: _____

ص.ب: _____ الرمز البريدي: _____ تلفون المنزل: _____

العمل: _____ تلفون العمل: _____ تحويلة: _____

٢- هيوال / صام

٢) الاسم: _____ صلة القرابة: _____

العنوان: المدينة: _____ الحي: _____ الشارع: _____

ص.ب: _____ الرمز البريدي: _____ تلفون المنزل: _____

العمل: _____ تلفون العمل: _____ تحويلة: _____

٣- هيوال / صام

معلومات عن مستشفى الإحالة:

اسم الجهة/المستشفى المحيلة: _____ رقم السجل الطبي: _____

اسم الطبيب: _____ عنوان المستشفى: _____

ص.ب: _____ الرمز البريدي: _____ هاتف: _____ فاكس: _____

إذا لم تكن محالا من قبل مستشفى معين، لطفا اذكر اسم الطبيب الذي تود أن نرسل تقريرك إليه.

الاسم: _____ العنوان: _____ التلفون: _____

الرجاء إحضار بطاقة الأحوال أو دفتر العائلة للسعوديين أو جواز السفر/الإقامة لغير السعوديين لتسهيل استكمال إجراءات فتح الملف.

استمارة معلومات المريض

مستشفى الملك فيصل التخصصي
ومركز الأبحاث

KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL
AND RESEARCH CENTRE

Patient's Nameplate

I hereby authorize the Hospital's Authorized Personnel to administer medical treatment and perform diagnostic tests as may be necessary or advisable.

I understand that the treating Physician is the person concerned for the assessment of my medical condition and he/she will have the right for my discharge or referral and transfer to any other health care facility based on my medical condition.

I understand that the hospital and its employees will respect the privacy of patients at all times and the confidentiality of their medical information shall be guarded carefully.

All reasonable attempts have been made to provide me and/or my guardian with sufficient information concerning the benefits and risks of the treatment or investigations in order to permit informed consent.

I understand that the hospital will accept for safekeeping money, valuables and personal property but they shall not be liable for loss or damage to any personal property or valuables, unless deposited with Hospital for Safekeeping.

I accept responsibility for all charges for hospital services including any charges not accepted by the guarantor or by the referring agency. I agree that the authorized authorities and Kingdom's Courts will decide any dispute in connection with such accounts.

بهذا أفوض موظفي المستشفى المختصين بإعطائي العلاج الطبي لإجراء الفحوصات التشخيصية التي ينصحون بها عند الضرورة.

كما أقر بعلمي أن الطبيب المعالج هو الشخص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق له إجراء جراحة من المستشفى أو إحالتي ونقلتي إلى أي مستشفى أو مركز طبي آخر حسب حالتي الصحية.

ومن المفهوم لدي أن المستشفى وموظفيه مؤمنون على خصوصيات المرضى وأسرارهم في كل الأوقات، مع المحافظة الدقيقة على سرية المعلومات الطبية المتعلقة بحالة أي مريض.

وقد تم بذل كل جهد ممكن لتزويدي وأولي أسري بمعلومات كافية حول الفوائد والأخطار المترتبة على هذا العلاج أو الفحوصات الطبية والمخبرية وذلك كشرط لمنح الموافقة على هذا العلاج.

ومن المفهوم أن المستشفى يقبل إيداع النقود والأشياء الثمينة والمقتنيات الشخصية لديه، ولن يتحمل المستشفى مسؤولية ضياع أو تلف أي أشياء ثمينة أو أغراض شخصية ما لم يتم إيداعها للحفظ حسب الأصول.

أتعهد بتسديد جميع النفقات المتعلقة بالخدمات التي قدمها لي المستشفى. كما أوافق على أن تكون للسلطات المختصة ومحاكم المملكة صلاحية الفصل في أي نزاع قد ينشأ عن عدم تسديدي لهذه الحسابات.

Printed Names and signatures

الأسماء مكتوبة بوضوح والتوقيعات

Witness

الشاهد

Patient

المريض أو ولي الأمر

Date

التاريخ:

If the case of patient's condition reasonably precludes the ability to grant informed consent, the above information has been explained to the following responsible relative and treatment is hereby authorized:

نظراً لأن حالة المريض لا تسمح بمنح هذا الإذن الخطي بالموافقة، فقد تم شرح المعلومات الواردة أعلاه إلى ولي الأمر والذي وافق على التوقيع على هذا الإذن الخطي.

Relationship

صلة القرابة

Name

الاسم

Date

التاريخ:

Signature

التوقيع

CONSENT FOR GENERAL TREATMENT

FORM 080-39 (4-19) IC 163166

إذن خطي بالموافقة على علاج عام