

وزارة التعليم
جامعة حفر الباطن



المدينة:-----
الفرع:-----

الرقم الجامعي: University ID:
الاسم: Name:
العمر: يوم: شهر: سنة: Age: years Months Days
تاريخ الميلاد: Date of Birth:/...../.....H...../...../...../20.....
الجنسية: Nationality:
القسم: Department:
☐ Employee موظف / ☐ طالب Student / ☐ أنثى Female / ☐ ذكر Male

نموذج رفض المريض لإجراء طبي أو علاج PATIENT REFUSAL FORM

I, the undersigned, in my Capacity as
() Patient, () Legal Guardian, () Relative
(Specify:) of
(Patient Name:)
انا الموقع ادناه بصفتي
المريض () ولي الامر () القريب ()
(.....) صلة القرابة
(.....) اسم المريض

I accept to take complete responsibility of refusing
the treatment and risks associated with
it for the medical procedure
أتحمل كامل المسؤولية والنتائج المترتبة على رفضي للإجراء
الطبي او العلاج التالي.
.....

That was explained to me by the Physician / Dr.
.....
وقد تم الشرح لي من قبل الطبيب المعالج:

I was informed as well as about the Medical
Alternatives – if present , and the complications and
Associated risks that might happen, And for that I signed.
واخبرني بالبدائل الطبية المقترحة في حال وجودها والمضاعفات
والمخاطر التي قد تحدث, وعليه أوقع.

Signature of Patient / Guardian:
Relationship to Patient:
Date :/...../..... Time:
توقيع المريض/ولي الامر:
صلة القرابة:
التاريخ:/...../..... الوقت:

Nurse Witness / Name and Signature:
Date :/...../..... Time:
اسم الممرض/الممرضة الشاهد والتوقيع:
التاريخ:/...../..... الوقت:

Head of Department / Name and Signature:
Date:/...../..... Time:
اسم رئيس القسم والتوقيع:
التاريخ:/...../..... الوقت:

