

العيادة المجمعّة زاوية الدهماني

قسم غسيل الكلى

إقرار وتعهّد بتحمّل المسؤولية الطّبية

أقرّ أنا الموقع أدناه

الاسم:- \_\_\_\_\_

الصفة القانونية/ العلاقة بالمريض :- (\_\_\_\_\_)، درجة القرابة:- (\_\_\_\_\_)

رقم الهوية:- \_\_\_\_\_ (جواز سفر/ بطاقة شخصية)، جهة الإصدار:- \_\_\_\_\_

أقرّ أنا / نحن بتحمّل المسؤولية الكاملة عن إجراء جلسات الغسيل الكلوي للمريض/ة

الاسم:- مها صبري محمد البصل رقم الملف الطبي:- \_\_\_\_\_

وذلك بناءً على الوضع الصحي الذي ت/ يعاني منه المريض/ة، وإدراكًا منا لخطورة الحالة والمضاعفات الطبية المحتملة أثناء الجلسة أو بعدها.

كما نتحمّل كامل المسؤولية الطبية والقانونية والإدارية المترتبة على هذا القرار، ونُبرئ المركز الطبي وطاقمه من أي تبعات قد تنشأ نتيجة لذلك.

حرّر هذا الإقرار في يوم:- الخميس بتاريخ:- 2025/09/11

توقيع المريض:- \_\_\_\_\_

توقيع من ينوب عن المريض:- \_\_\_\_\_ الاسم:- \_\_\_\_\_

إثبات الهوية:- (بطاقة شخصية/ جواز سفر)، رقمها \_\_\_\_\_

توقيع رئيس القسم:- \_\_\_\_\_

تصديق واعتماد رئيس القسم / مكتب الشؤون الطبية