



## Form Discharge Against Medical Advice

نموذج الخروج على المسؤولية الخاصة للمريض

انا المريض / ذوي المريض المرافق : الموقع ادناه أصرح بأن طبيبي الدكتور المذكور أعلاه.

قد بين لي بأن حالتي الصحية/ حالة المريض ،لا تسمح لي بمغادرة المستشفى وأن البقاء في المستشفى لا زال ضرورياً

لإستكمال العلاج وانني أبين وأصرح بأنني ابرئ ذمة المستشفى واطباءها وموظفيها من أية مسؤولية مهما كانت.

المريض / ذوي المريض المرافق : .....

صلة القرابة: ..... التوقيع: .....

ملاحظات الطبيب المعالج:

.....  
.....

التاريخ: .....

الوقت: .....

شاهد أول: ..... التوقيع: .....

شاهد ثاني: ..... التوقيع: .....

أسم الطبيب المعالج:

التوقيع:

التاريخ ..... الوقت :