



Medical Release / Refusal Form نموذج ايقاف المريض لعلاجه / الاجراء

العلامات الحيوية: (الضغط النبض الحرارة التنفس)

تاريخ الدخول: تاريخ الخروج الوقت:

اسم العلاج/الإجراء:

.....

انا الموقع ادناه قررت ايقاف العلاج / الاجراء المقرر لي خلال وجودي في مستشفى مارينا الاهلي والمذكور اعلاه وعلى مسؤوليتي الخاصة واحمل نتائج هذا القرار بالرغم من النصح والارشاد لي من قبل الطبيب المعالج والفريق الطبي. وانني اتحمل المضاعفات المترتبة من ايقاف هذا العلاج وعليه اوقع.

أسم المريض / التوقيع:

ذوي المريض المرافق: صلة القرابة: التوقيع:

ملاحظات الطبيب المعالج:

.....

.....

شاهد أول: التوقيع:

شاهد ثاني: التوقيع:

أسم الطبيب المعالج:

التوقيع:

التاريخ:

الوقت: