



## التفويض العام

أني المريض المذكور اسمه / ذوي المريض المرافق / الموقع أدناه أقر بما يلي:

1. اتعهد بالالتزام بالنظام الداخلي للمستشفى والمحافظة على كافة الموجودات وأثاث الغرفة ودفع التعويض المالي لاي اضرار ناتج عنه لاستخدامها من قبلي.
2. واتعهد ببقاء مرافقين اثنين فقط بصحبتني اثناء تواجدي في المستشفى وفي حال المبيت اتعهد ببقاء مرافق واحد فقط وعند الحاجة الى وجود مرافق آخر يتم دفع اجور المرافق الاضافي والبالغة (50) ألف دينار .
3. واتعهد بعدم التدخين في كافة أروقة المستشفى وفي حال مخالفة ذلك اتعرض لغرامة مالية وحسب قانون وزارة الصحة العراقية.

إذا كان المريض غير مؤهل للموافقة، يقوم ذوي المريض المرافق بالتوقيع بدلا عنه مع بيان الأسباب.

- المريض دون 18 من العمر
  - المريض فاقد للعقل أو غير مؤهل عقلياً
  - أخرى .....
- اسم ذوي المريض المرافق: .....

صلة القرابة .....التوقيع: .....

التاريخ: .....

أسم المريض .....

التوقيع .....

التاريخ: .....