



نموذج تفويض الإطلاع على المعلومات الطبية

انا المريض المذكور اسمه أعلاه / ذوي المريض المرافق:

افوض المدرجة أسمائهم أدناه بالاطلاع ومعرفة عامة على تفاصيل المعلومات الطبية والسريرية التي تخص حالتني المرضية.

1.

2.

3.

4.

المريض / ذوي المريض المرافق :

صلة القرابة: التوقيع:

الوقت:

التاريخ: