

وزارة التعليم  
جامعة حفر الباطن



المدينة:-----  
الفرع:-----

الرقم الجامعي:.....  
الاسم: .....  
العمر: يوم [ ] شهر [ ] سنة [ ]  
Age: [ ] years [ ] Months [ ] Days  
Date of Birth:...../...../.....H...../...../...../20.....  
الجنسية:.....  
القسم:.....  
Department :.....  
☐ Employee موظف / ☐ طالب Student ☐ Female أنثى / ☐ Male ذكر

## نموذج رفض المريض لإجراء طبي أو علاج PATIENT REFUSAL FORM

I, the undersigned,.....in my Capacity as .....  
( ) Patient, ( ) Legal Guardian, ( ) Relative .....  
(Specify: ..... ) of .....  
(Patient Name: ..... )  
انا الموقع ادناه ..... بصفتي .....  
المريض ( ) .... ولي الامر ( ) .... القريب ( )  
( صلة القرابة )  
( اسم المريض )

I accept to take complete responsibility of refusing .....  
the treatment and risks associated with .....  
it for the medical procedure .....  
أتحمل كامل المسؤولية والنتائج المترتبة على رفضي للإجراء .....  
الطبي او العلاج التالي. ....  
.....

That was explained to me by the Physician / Dr. ....  
.....  
وقد تم الشرح لي من قبل الطبيب المعالج: .....

I was informed as well as about the Medical .....  
Alternatives – if present , and the complications and .....  
Associated risks that might happen, And for that I signed. ....  
واخبرني بالبدائل الطبية المقترحة في حال وجودها والمضاعفات .....  
والمخاطر التي قد تحدث, وعليه أوقع. ....

Signature of Patient / Guardian: .....  
Relationship to Patient: .....  
Date : ...../...../.....Time:.....  
توقيع المريض/ولي الامر: .....  
صلة القرابة: .....  
التاريخ: ...../...../..... الوقت: .....

Nurse Witness / Name and Signature: .....  
Date : ...../...../.....Time:.....  
اسم الممرض/الممرضة الشاهد والتوقيع: .....  
التاريخ: ...../...../..... الوقت: .....

Head of Department / Name and Signature: .....  
Date:...../...../.....Time:.....  
اسم رئيس القسم والتوقيع: .....  
التاريخ: ...../...../..... الوقت: .....

