

مستشفى الملك فيصل التخصصي  
ومركز الأبحاث  
(مؤسسة عامة)

KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL  
AND RESEARCH CENTRE  
(General Organization)

Patients I.D.

عزيزي المريض:

لكي تتمكن من تقديم الخدمات لك ، وتقليل زمن انتظارك قدر الإمكان ، نأمل منك تعبئة هذا النموذج حتى تتمكن من استكمال المعلومات في ملفك الطبي.

الاسم الأول:	اسم الأب:	اسم الجد:	اسم العائلة:
تاريخ الميلاد (يوم، شهر، سنة):	مكان الميلاد:	السن:	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
رقم البطاقة/ جواز السفر/ الإقامة:	تاريخ الإصدار:	مكان الإصدار:	الجنسية:
اسم الأم:	هاتف المنزل:	الهاتف النقال:	فاكس:
جهة العمل:	هاتف العمل:	تحويلة:	البريد الإلكتروني:
ص . ب:	المدينة:	الرمز البريدي:	
هل لديك ملف قديم في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم ، ما هو رقم الملف:			

أقارب يمكن الاتصال بهم في حالة الطوارئ:

(١) الاسم:	صلة القرابة:	المدينة:	الهاتف النقال:	هاتف المنزل:
(٢) الاسم:	صلة القرابة:	المدينة:	الهاتف النقال:	هاتف المنزل:
الرجاء إحضار بطاقة الأحوال أو دفتر العائلة للسعوديين، أو جواز السفر/ الإقامة لغير السعوديين. لتسهيل استكمال إجراءات فتح الملف.				

أذن خطي بالموافقة على علاج عام:

بهذا أفوض موظفي المستشفى المختصين بإعطائي العلاج الطبي وإجراء الفحوص التشخيصية التي ينصحون بها عند الضرورة.  
كما أقر بعلمي أن الطبيب المعالج هو الشخص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق له إخراحي من المستشفى أو إحالتي من جناح إلى جناح آخر أو نقلي إلى أي مستشفى أو مركز طبي حسب حالتي الصحية.  
ومن المفهوم أن طلبة الطب أو المتدربين قد يساهمون في رعايتي تحت الاشراف الملائم.  
ومن المفهوم لدي أن المستشفى وموظفيه مؤتمنون على خصوصيات المرضى وأسرارهم في كل الأوقات، مع المحافظة الدقيقة على سرية المعلومات الطبية المتعلقة بحالة أي مريض.  
وقد تم بذل كل جهد ممكن لتزويدي بمعلومات كافية حول الفوائد والأخطار المترتبة على هذا العلاج أو الفحوصات الطبية والمخبرية وذلك كشرط لمنح الموافقة على العلاج.  
ومن المفهوم أن المستشفى يقبل إيداع النقود والأشياء الثمينة والمقتنيات الشخصية لديه، ولن يتحمل المستشفى مسؤولية ضياع أو تلف أي أشياء ثمينة أو أغراض شخصية ما لم يتم إيداعها للحفظ حسب الأصول.  
أتعهد بتسديد جميع النفقات المتعلقة بالخدمات التي يقدمها لي المستشفى التي لا تقدم من غير مقابل حسب أنظمة المستشفى بما فيها أية نفقات لا يقبلها الكفيل أو الجهة المحولة.

كما اوافق على أن تكون للسلطات القضائية المختصة ومحاكم المملكة صلاحية الاختصاص في الفصل في أي نزاع قد ينشأ عن عدم تسديدي لهذه الحسابات.

نظراً لأن حالة المريض أو سنه لا تسمح له بإعطاء موافقة عن علم فقد تم شرح المعلومات الواردة أعلاه لقربيه المسئول التالي اسمه والذي أعطي موافقته على العلاج

الأسماء والتوقيعات:

المريض: \_\_\_\_\_ اسم القريب: \_\_\_\_\_ / التوقيع: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_ صلة القرابة: \_\_\_\_\_  
التاريخ: \_\_\_\_\_ اسم الشاهد: \_\_\_\_\_ / التوقيع: \_\_\_\_\_  
التاريخ: \_\_\_\_\_

مستشفى الملك فيصل التخصصي  
ومركز الأبحاث  
(مؤسسة عامة)

KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL  
AND RESEARCH CENTRE  
(General Organization)

Patients I.D.

**Dear Patient:**

To enable us to provide the best services and reduce the waiting time to the minimum extent possible, you are kindly requested to complete this form in order to help us finalize the necessary data in your medical record:

First Name:	Father's Name/Middle Name:	Grandfather's Name:	Family Name:	
Date of Birth (dd mm yyyy):	Place of Birth:	Age:	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced
National I.D./Passport No./Iqama No.:	Date Issue:	Place of Issue:	Nationality:	
Mother's Name:	Home No.:	Mobile No.:	Fax:	
Business Address:	Business Phone No.:	Extension:	E-mail Address:	
P.O. Box:	City:	Zip Code:		
Do you have an existing record at King Faisal Specialist Hospital & Research Centre: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, provide number:				

**RELATIVES TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY:**

(1) Name:	Relationship:	City:	Mobile No.:	Home No.:
(2) Name:	Relationship:	City:	Mobile No.:	Home No.:
To finalize registration procedures, the patient's National I.D. or Passport should be presented.				

**CONSENT FOR GENERAL TREATMENT:**

I hereby authorize the Hospital's Authorized Personnel to administer medical treatment and perform diagnostic tests as may be necessary or advisable.

I understand that the treating physician is the person concerned for the assessment of my medical condition and he/she will have the right for my discharge or referral and transfer from ward to ward or to any other health care facility based on my medical condition.

I understand that supervised medical students/trainees, may be involved in my care.

I understand that the Hospital and its employees will respect the privacy of patients at all times and the confidentiality of their medical information shall be guarded carefully.

All reasonable attempts have been made to provide me and/or my guardian with sufficient information concerning the benefits and risks of the treatment or investigations in order to permit informed consent.

I understand that the Hospital will accept for safekeeping money, valuables and personal property but they shall not be liable for loss or damage to any personal property or valuables, unless deposited with the Hospital for safekeeping.

I accept responsibility for all charges for hospital services, that are not provided free of charge as per hospital policy, including any charges not accepted by the guarantor or by the referring agency.

I agree that the authorized competent judicial authorities and Kingdom's Courts will decide any dispute in connection with such accounts.

**Printed Names and Signatures:**

In case the patient's condition or age reasonably precludes the ability to grant informed consent, the above information has been explained to the following responsible relative and treatment is hereby authorized:

Patient:

Relative's Name:

Signature:

Relationship:

Date:

Witness:

Date: