

## الموافقة على استخدام التسجيلات الصوتية والمصورة التي قد تحتوي على معلومات الهوية للتعليم

أنا \_\_\_\_\_ أفوض طبيبي أو من ينوب عنه \_\_\_\_\_  
اسم المريض اسم الطبيب أو من ينوب عنه  
استخدام الصور والتسجيلات الصوتية التي تم التقاطها خلال فترة الرعاية لأغراض تعليمية مثل العروض التقديمية أو المنشورات في الكتب المدرسية والمجلات والأشكال الإلكترونية.  
أدرك أن عدم السماح أو سحب تفويضي بمشاركة الصور والتسجيلات الصوتية لن يؤثر بأي حال من الأحوال على الرعاية الطبية التي ألقاها. إذا كانت لدي أي أسئلة أو كنت أرغب في سحب تفويضي في المستقبل، فيمكنني الاتصال بمزود الخدمة الخاص بي.  
أدرك أنه يجوز لي سحب هذا التفويض في أي وقت، وأنه سيتم تطبيقه من ذلك الوقت فصاعداً؛ ولن ينطبق على الصور والتسجيلات الصوتية التي تمت مشاركتها بالفعل.  
أدرك أنه يمكن أن يشاهد هذه الصور أو يسمع هذه التسجيلات الصوتية عامة الناس بالإضافة إلى العلماء والباحثين الطبيين الذين يستخدمون هذه المنشورات في تعليمهم بانتظام.  
أدرك أن هذه الصور والتسجيلات الصوتية قد تحتوي على معلومات هوية وأنه من الممكن أن يتعرف علي شخص ما.  
أدرك أنني لن أتلقي أي أموال من أي طرف مقابل استخدام الصور والتسجيلات الصوتية الخاصة بي.  
ينطبق نموذج الموافقة هذا على جميع الصور والتسجيلات الصوتية ما لم يتم تحديد ذلك أدناه.

- الصور والتسجيلات التي التقطت في هذا التاريخ: \_\_\_\_\_
- الصور والتسجيلات لهذا الجزء من جسدي: \_\_\_\_\_
- للاستخدام من قبل المقدم التالي (المقدمين التاليين): \_\_\_\_\_
- غير ذلك: \_\_\_\_\_

من خلال التوقيع على هذا النموذج أدناه، أؤكد أنه شُرح لي محتويات هذا النموذج بالكامل وأتاحت لي الفرصة للإجابة على أسئلتني.

### المريض\* أو الممثل المفوض قانوناً\*\*

الاسم بأحرف واضحة	التوقيع	التاريخ	الوقت	صلة القرابة
توقيع الشاهد	_____	_____	_____	شاهد المريض يؤكد التوقيع (خانة الاختيار إن وجدت) <input type="checkbox"/>
الاسم بأحرف واضحة	التوقيع	التاريخ	الوقت	رفض المريض المترجم الفوري (خانة الاختيار إن وجدت) <input type="checkbox"/>
اسم أو رقم مترجم اللغة المفضل	التوقيع (إن وجد)	التاريخ	الوقت	اسم و/أو رقم هوية المترجم الفوري

موافقة الهاتف/الفيديو (خانة الاختيار إن أمكن)، الممثل المفوض قانوناً\*\*/توقيع المترجم غير مطلوب.

الاسم بأحرف واضحة	توقيع الطبيب المعالج/مقدم الخدمة المتميز	التاريخ	الوقت
-------------------	--	---------	-------

\* يجب الحصول على توقيع المريض إلا إذا كان عمره أقل من 18 سنة أو كان لا يملك القدرة على ذلك.  
\*\* الوصي المعين من المحكمة أو وكيل الرعاية الصحية أو المَفُوض بموجب قانون قرارات الرعاية الصحية للأسرة.