



Patient Name: .....  
MRN: .....  
Age: .....  
Date: .....  
Sex: .....  
DOB: .....

## Consent for General Treatment

## موافقة على العلاج العام

### Every section must be completed for patient registration/admission:

- I, the undersigned .....  
on Behalf of myself or the patient .....  
being patient's son/daughter/spouse/other .....
- Authorize healthcare providers to administer medical treatment, and/or perform diagnostic tests as may be deemed necessary or advisable in the diagnosis and treatment required.
- I also agree:  
(a) To have the patient transferred to another facility if medically needed.  
(b) To vacate the room for medical isolation purposes or other treatment reasons.
- I am aware that it is important not to bring patient's valuable belongings during hospital visit or admission.
- I am aware that hospital provides a locker for keeping personal belongings in patient's room and hospital is not responsible for any lost belongings.
- I am aware that the hospital is an Academic Institution and it is likely that non-consultant physicians will participate in healthcare under the supervision of the Consultant.
- I have received Patient & Family's Bill of Rights booklet, and I was briefed on its contents by the assigned employee upon Admission/Registration.
- I understand that my discharge from the hospital is recommended by my attending physician based on my medical condition. Therefore, I agree to leave the hospital on the date of discharge.
- I understand that there is a 'No Smoking' policy which states: "Smoking is prohibited in all area, inside and outside KAAUH facilities".

ينبغي استكمال جميع الفقرات التالية قبل اتمام عملية التسجيل/التنويم :

- أنا الموقع أدناه ..... بالأصالة عن نفسي أو بالنيابة عن المريض ..... و ذلك بصفتي ابن/ابنة/زوج/زوجة أو أخرى .....
- أفوض مقدمي الخدمات الطبية إعطاء العلاج و عمل الفحوصات اللازمة لتشخيص المرض أو التي لها ضرورة علاجية.
- أوافق على:  
(أ) نقل المريض لأي جهة علاجية إذا كانت حالة المريض تتطلب ذلك.  
(ب) إخلاء الغرفة لغرض العزل الطبي أو أسباب علاجية أخرى.
- أفهم أهمية عدم إحضار الممتلكات الثمينة الخاصة بالمريض أثناء المراجعة أو التنويم.
- أعلم أنه يوجد خزانة لحفظ الممتلكات الشخصية بغرفة التنويم وبذلك فإن المستشفى غير مسؤول عن أي ممتلكات يتم فقدانها.
- أعلم بأن المستشفى يعتبر صرحا أكاديميا و تدرييبيا ، و بناء عليه فإنه ليس لدي أي مانع من مشاركة غير الاستشاريين في تقديم الرعاية الصحية وذلك تحت إشراف طبيب استشاري.
- استلمت كتيب لائحة حقوق المرضى و أسرهم عند التسجيل/التنويم و تم تزويدي بنسخة عن محتوياته من قبل الموظف المختص.
- أعلم أن توصية خروجي من المستشفى تتم من قبل طبيبي المعالج بما يتماشى مع حالتي الصحية ، لذا أوافق على الخروج عند إتمام علاجي في المستشفى.
- أعلم أن يوجد سياسة متبعة في مستشفى الملك عبدالله بن عبدالعزيز الجامعي بإسم 'عدم التدخين' تمنع التدخين داخل وخارج مرافق المستشفى .

### 2. Signature of Patient or Relative:

٢. توقيع المريض أو القريب :

Signature : .....

التوقيع : .....

Mobile No. : ..... Date : .....

رقم الجوال : ..... التاريخ : .....

### 3. Consent Form was NOT signed by the patient:

٣.  لم يتم توقيع النموذج من قبل المريض :

Reason: .....

السبب : .....

(e.g.: Emergency consent by a physician/unconscious patient)

(مثال: حالة المريض الطارئة الموثقة من قبل الطبيب/المريض فاقد الوعي)

### 4. Witness:

٤. الشاهد :

Employee name & Signature : .....

اسم الموظف و التوقيع : .....

Employee No. : ..... Date : .....

الرقم الوظيفي : ..... التاريخ : .....

### Note:

No modifications to this form will be accepted. If an amendment is required, a new consent form must be completed.

ملاحظة :

لا يسمح بإجراء أي تعديلات على النموذج بعد إكماله، إنما يستبدل بنموذج جديد .