

**نموذج تفويض الاطلاع و الحصول على المعلومات السرية الصحية**

**Authorization for Release of Protected Health Information**

**أفوض / أخول مستشفى النجاح الوطني الجامعي السماح بالافصاح عن البيانات و المعلومات / السجل الطبي الخاص**

**بالمريض \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_و الذي يحمل رقم هوية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**الى الجهة الطالبة\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الجوال/ الهاتف\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**رقم الفاكس "ان وجد"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_عنوان الجهة الطالبة\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**وذلك لغايات "يتم ذكرها بشكل مفصل":**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

أنواع السجلات و الوثائق الطبية المطلوبة و تاريخها:

 الوثائق الطبية الخاصة بالدخول و المبيت في المستشفى (Inpatient Dep.)

 الوثائق الطبية الخاصة بالعيادات الخارجية (Outpatient Dep.)

 الوثائق الطبية الخاصة بالطوارئ (Emergency Dep.)

تاريخ الزيارة / الدخول المطلوب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ التقديم و التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ توقيع المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ التقديم و التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم و توقيع ولي امر المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ صلة القرابة\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ التقديم و التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم موظف السجلات الطبية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ توقيع الموظف\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الموافقة أو التفويض اللفظي (في حال عدم تمكن المريض الحضور شخصيا)

أشهد بان المريض على اطلاع و علم بطبيعة الافصاح عن البيانات و السجلات الصحية التي تخص المريض و فوض بذلك محض ارادته (ضرورة وجود شاهدين)

اسم الشاهد الاول:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التوقيع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم الشاهد الثاني:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التوقيع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

وصف للتفويض اللفظي:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_