



Ref. : .....  
Date: ; .....

الإشارة : .....  
التاريخ : .....

استمارة موافقة تصوير مريض

بيانات المريض	
اسم المريض :	رقم الملف :
الدور:	رقم الغرفة:
اسم قريب من الدرجة الأولى:	صفة القرابة :
رقم السجل المدني / الإقامة :	رقم الجوال:
غرض التصوير :	
اليوم: التاريخ : / / 14 هـ - الزمن : عدد الأشخاص:	
نوع التصوير : ○ تصوير فوتوغرافي ○ تصوير فيديو ○ تسجيل صوتي ○ لقاء تلفزيوني - صحفي ○ أخرى - تُذكر:	
وسائل النشر بعد التصوير : ○ الصحف ○ الإعلام التلفزيوني ○ وسائل التواصل الاجتماعي ○ أخرى - تُذكر:	
<p><b>تعهد</b></p> <p>تعهدت بالتزام والاستخدام وفق المتفق عليه ، كما اتعهد ان أعرض محتوى التصوير على إدارة العلاقات العامة لأخذ الموافقة عليه قبل النشر. الاسم : رقم الهوية الوطنية : التاريخ : / / 14 هـ رقم التواصل : - التوقيع :</p> <p>● يرجى إرفاق نسخة من الهوية الوطنية.</p> <p>تعهد ذوي المريض اتعهد بأنه لا مانع لدي من تصوير المريض المذكور دون أي مسؤولية على الجهة المنسقة . الاسم : رقم الجوال : ● يرجى إرفاق نسخة من الهوية الوطنية.</p>	
إدارة المستشفى	المدير الطبي للمستشفى الجامعي / الاسم : اليوم : التاريخ : / / 14 هـ التوقيع: .....
إدارة العلاقات العامة	تمت مراجعة الخطاب واستكمال الإجراءات واستلام الهويات المطلوبة . الاسم : التوقيع : اليوم : التاريخ : / / 14 هـ اسم المنسقة : رقم التواصل : .....
إدارة التمريض	الاسم : التاريخ : / / 14 هـ التوقيع : .....
أخرى	الاسم : التاريخ : / / 14 هـ التوقيع : .....
	الاسم : التاريخ : / / 14 هـ التوقيع : .....

ملاحظة : بعد تعبئة النموذج يرجى التوجه لإدارة العلاقات العامة بالمستشفى الجامعي لاستكمال اللازم .

للتواصل : الدور السادس / غرفة رقم 300/6 تحويلة 16300 فاكس : ( 20744 ) E: med.pr@kau.edu.sa