

الطبيب: على الطبيب المعالج أخذ موافقة المريض؛ لاعتماد هذه الاتفاقية والتوقيع عليها قبل البدء في عملية استئصال عينة نسيج الجسم، وإرفاق نموذج الإقرار بالموافقة مع العينة.

المريض: يُبلِّغ المريض بقرار الطبيب المعالج بحاجته لإجراء فحص عينة من نسيج الجسم، عن طريق عملية جراحية، وتُرسل العينة في نفس يوم العملية للتشخيص المجهرى إلى المختبر المركزي لأمراض الفم التابع لمستشفى الأسنان الجامعي بجامعة الملك عبد العزيز. ثم تُرسل نتائج فحوصات العينة إلى الطبيب المعالج لمناقشتها مع المريض خلال خمسة أيام عمل من تاريخ إرسال العينة إلى المختبر المركزي (مالم تكن هناك حاجة لفحوصات إضافية للتشخيص).

سياسة الخصوصية: ستستخدم المعلومات الصحية للتشخيص، أو إعداد الفواتير أو لأغراض تعليمية، وقد يتم مشاركتها مع ممارسين صحيين حسب الحاجة؛ لأغراض التشخيص و/أو العلاج ضمن لوائح تداول التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA).

التكاليف: يلتزم المريض بسداد كافة الرسوم المالية الخاصة بالمختبر المركزي مع ضريبة القيمة المضافة، ومن الممكن أن يكون هناك رسوم إضافية للحالات المعقدة. ويمكن سداد الرسوم المالية في العيادة المحول منها أو المختبر المركزي إذا التزم المريض/ أو من ينوب عنه بتوصيل العينة.

للاستفسار: هاتف: تحويلة 20298 أو بريد إلكتروني udh-opl@kau.edu.sa

يتوجب على المريض/ أو من ينوب عنه التوقيع أدناه، حسب متطلبات المختبر المركزي.

أقر أنني قد قرأت وفهمت ما سبق ذكره أعلاه، وأوافق على اعتماد التفويض بذلك.

اسم المريض: _____ توقيع المريض/ أو من ينوبه: _____ التاريخ: _____

Doctor: Please have your patient, read, sign and date this consent form prior to your biopsy. The completed form must be enclosed with the specimen.

Patient: Your doctor has determined that you need to have a biopsy procedure performed. The tissue removed during today's surgery will be sent to Oral Pathology Central Lab at King Abdulaziz University Dental Hospital for microscopic examination and diagnosis. Certified Oral and Maxillofacial Pathologists will send a written report of the pathological results to your doctor. Diagnostic reports are usually completed within 5 working days following receipt of your specimen in the laboratory (unless additional special tests are needed to diagnose it). Your doctor will discuss the test results with you.

Our Privacy Commitment to You. The protected health information your doctor provided to us will be used only for diagnostic, billing or education and maybe shared with other licensed healthcare providers as needed for diagnostic and/or treatment purposes within HIPAA regulations.

Laboratory fees: The diagnostic service provided by the Oral Pathology Central Lab at King Abdulaziz University Dental Hospital are not included in your referring doctor's charges. You are responsible for all laboratory charges with VAT. Fees for unusual tests and complex cases are greater and additional charges may be needed. For your convenience, you can make payment at the referring clinic or our lab if you will deliver the case by yourself.

For inquiries: Phone: 6952000 Ext.:20298 or Email: udh-opl@kau.edu.sa

IN ORDER FOR ORAL PATHOLOGY CENTRAL LAB SERVICE TO PROCESS YOUR SPECIMEN, THIS CONSENT AND FINANCIAL AGREEMENT MUST BE SIGNED AND DATED BELOW.

I certify that I have read and understand the above consent, financial agreement and authorization.

Patient's name: _____ Signature of patient or guardian: _____ Date: _____