

Patient Authorization and Release Form

I consent and agree that the photograph(s), or medical image(s) made of me on / / by Dr. may be distributed to and used by the Saudi Society for Rheumatology or its licensees or assigns for the purposes of public information, public education, training, and for any other purposes SSR deems appropriate to inform the medical profession or the general public about the field of rheumatology.

I have been advised that neither I, nor any member of my family, will be identified by name in any publication. I understand that in some circumstances the photograph(s) may portray features that will make my identity recognizable. I also understand that I have the right to revoke this authorization in writing at any time.

By signing this form, I certify that I have read the above authorization and release and fully understand its terms.

Patient name:

Date:

Signature:

Witness name:

Date:

Signature:

أوافق على أن الصورة أو الصور الطبية لأعراض مرضي والتي تم تصويرها بتاريخ / / م من قبل الدكتور / يمكن توزيعها واستخدامها من قبل الجمعية السعودية لأمراض الروماتيزم أو أي جهة مرخص لها من قبل الجمعية وذلك لأغراض المعلومات العامة والتعليم العام والتدريب ولأي أغراض أخرى تراها الجمعية مناسبة لمهنة الطب أو عامة الناس حول مجال أمراض الروماتيزم.

لقد تم إخطاري بأنه لن يتم تحديد هويتي أو أي فرد من أفراد عائلتي بالاسم في أي نشر علمي.

وأنفهم أنه في بعض الظروف قد تصور

الصورة (الصور) ميزات تجعل هويتي قابلة

للتمييز. فهم أيضًا أن لدي الحق في إلغاء هذا

التفويض كتابيًا في أي وقت .

وبالتوقيع على هذا النموذج، أقر بأنني قد قرأت

التفويض والموافقة أعلاه وفهمت شروطهما

بالكامل.

اسم المريض:

التاريخ:

التوقيع:

اسم الشاهد:

التاريخ:

التوقيع: