**موافقة المريض بعد التوعية من أجل الدراسة في الجينات**

**لمـــــرض ………………….**

الإسم الشخصي والعائلي للمريض...............................................................

أقر،أناالموقع(ة)أدناه،............................................................... **بموافقتي الإرادية** على مشاركتي في **الدراسة الجينية** **لمـــــرض ………………..**

كما أقر بأني تلقيت التوضيحات اللازمة لفهم طبيعة هذه الدراسة والهدف منها**.**

حرر في:............... بتاريخ...............

التوقيع :

***إقـــــــــــرار الطبيــــــــــــــــب***

أقر أنا الطبيب.........................بأنني شرحت بالقدر الوافي للمريض (ة) طبيعة هذه الدراسة والهدف منها وانه وافق بمحض إرادته على المشاركة فيها.

حرر في:.............. بتاريخ................

توقيع الطبيب: