PARTICIPANT CONSENT FORM

استمارة موافقة مشارك

أنا، ________________، أوافق على المشاركة في مقابلة حول تجربتي مؤخرًا مع خدمة ________________ التابعة لـ ________________.

أدرك أن المقابلة ستجرى بالطريقة التي وصفها الممثل الصحي هاتفياً وكذلك شخصياً اليوم. ستُعاد نسخة من استمارة الموافقة هذه إلى مع ملاحظاتي لاعتمادها. ستظل معلوماتي في الكتمان. أفهم أنني أستطيع بحرية أن أغير أي ملاحظات أو أن أسحب من المقابلة في أي وقت. سأتصل بـ ________________ على الرقم ________________ إذا غيرت رأيي.

أوافق على المشاركة في المناقشة، وقد فهمت المعلومات المبسطة في رسالة الدعوة وما قاله لي الممثل الصحي.

المرض: ____________________________
(الاسم بوضوح) ____________________________
التاريخ: ____________________________
التوقيع: ____________________________

مقدم الرعاية/عضو الأسرة: ____________________________
(الاسم بوضوح) ____________________________
التاريخ: ____________________________
التوقيع: ____________________________

لقد أخبرت الشخص/الأشخاص أعلاه بهذه المقابلة وأنا متأكد من أنه/أنهم يفهمون محتوى رسالة الدعوة واستمارة موافقة المريض هذه.

اسم محرر المقابلة: ____________________________
التاريخ: ____________________________
التوقيع: ____________________________

رقم الاتصال: ____________________________

اسم المترجم الشفهي (إذا كان موجودًا): ____________________________
التاريخ: ____________________________
التوقيع: ____________________________

رقم الاتصال: ____________________________