



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم جراحة الفم و الفكين

استمارة المريض

الرمز:

معلومات عامة

(١) الاسم:

(٢) العمر (بالسنوات):

(٣) الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

(٤) العمل:

(٥) العنوان:

(٦) رقم الهاتف:

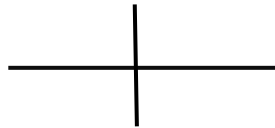
(٧) رقم الهاتف:

(٨) التدخين: ☐ نعم ☐ لا

(٩) أمراض عامة: ☐ نعم ☐ لا

تاريخ القلع الجراحي: / /

زمن العمل: دقيقة



أن الموقع أدناه قد اطلعت على عنوان وهدف وإجراءات الدراسة التي
تقوم بها الباحثة الدكتورة مؤمنة بسام كوكش، وقد قامت بشرح كامل
مراحل العمل لي بوضوح، وعليه أوافق - وأنا بكامل أهليتي - على
الانضمام إليها و الالتزام بما هو مطلوب مني .

اسم المريض:

التوقيع:

