



التاريخ:

اسم المريض:

أقر أنا الموقع أدناه على انني على دراية تامة بالعلاج بمادة
(Diphencyproperon) لعلاج الثعلبة وطريقة استعمالها وفائدتها العلاجية
والأعراض الجانبية المحتمل حدوثها مع استعمالها.
وهذا اقرار مني بذلك.

توقيع المريض / ولي الأمر

التاريخ:

اسم المريض:

أقر أنا الموقع أدناه على انني على دراية تامة بالعلاج بمادة
(Diphencyproperon) لعلاج الثعلبة وطريقة استعمالها وفائدتها العلاجية
والأعراض الجانبية المحتمل حدوثها مع استعمالها.
وهذا اقرار مني بذلك.

توقيع المريض / ولي الأمر

التاريخ:

اسم المريض:

أقر أنا الموقع أدناه على انني على دراية تامة بالعلاج بمادة
(Diphencyproperon) لعلاج الثعلبة وطريقة استعمالها وفائدتها العلاجية
والأعراض الجانبية المحتمل حدوثها مع استعمالها.
وهذا اقرار مني بذلك.

توقيع المريض / ولي الأمر