



Patient Privacy Consent Form

I hereby declare that I have no objection on the use of my data in SAFE-RH project. I am giving my consent to the coordinator of SAFE-RH for the use of my medical data with abiding following conditions

1. My personal information including my name, CNIC, address and phone number will remain in the custody of SAFE-RH and it will not be disclosed to anyone.
2. My medical data can be used for academic and research purposes, and for my personal well being
3. My medical data can be published by hiding my personal information
4. Images of my medical examinations can also be used for academic and research purposes, by hiding my identity



مریض کی رازداری رضامندی فارم

میں سیف آر ایچ کے کوآرڈینیٹر کو اپنی رضامندی دے رہا ہوں کہ وہ اپنے طبی ڈیٹا کے استعمال کے لئے مندرجہ ذیل شرائط کی پاسداری کرے

1. میرا نام، سی این آئی سی، پتہ اور فون نمبر سمیت میری ذاتی معلومات سیف آر ایچ کی تحویل میں رہیں گی اور اسے کسی کو ظاہر نہیں کیا جائے گا.
2. میرا طبی ڈیٹا تعلیمی اور تحقیقی مقاصد اور میری ذاتی بہبود کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے
3. میرا طبی ڈیٹا میری ذاتی معلومات چھپا کر شائع کیا جاسکتا ہے
4. میری شناخت چھپا کر میرے طبی معائنے کی تصاویر کو تعلیمی اور تحقیقی مقاصد کے لئے بھی استعمال کیا جاسکتا ہے

SAFE-RH (SAFE RURAL HEALTH), [HTTPS://SAFE-RH.EU/](https://safe-rh.eu/), EMAIL: ASK@SAFE-RH.EU,
INFO@CUST.EDU.PK.