بيتنا
للخدمات الصحية المنزلية
BAITNA HOME HEALTHCARE SERVICES

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية
و معلومات المريض

اقر انا: صبحي القطاطي من ينوب عني: _الأسم _____

بالموافقة على تلقي الخدمة الطبية المنزلية من قبل (شركة بيتنا للخدمات الصحية)

إسم المريض: صبحي القطاطي رقم الهوية: _____ تاريخ الميلاد: / /

رقم هاتف التواصل: _____ الحالة الاجتماعية: متزوج

الطول: _____ سم الوزن : _____كلجم

وهي خدمات :

- التمريضية
- طبية ومتابعة علاجية
- غيار الجروح
- إغطاء خدمة
- عمل فحوصات
- علاج طبيعي
- أخرى : _____

إعطاء فيتامين د عن طريق الوريد

كما اتعهد بالحفاظ على حقوق الممارسين الصحيين وفقا للمبادىء الشرعية والمعايير الطبية حسب تعليمات وزارة الصحة والجهات المختصة.

تاريخ الزيارة: 30/04/2024 وقت الزيارة : 5=PM

اسم الطبيب/ة : حرستوش باسيل توقيع الطبيب : _____

اسم الممرضة : _____ توقيع الممرضة : _____

توقيع المريض أو من ينوب عنه : _____

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner