

نموذج إقرار وتعهد بتحمل المسؤولية

أقر أنا الموقع أدناه :
بأنه تم اخباري بالخطة العلاجية والمضاعفات المتوقعة وان المريضة بحاجة الى رعاية شاملة ودقيقة بالمستشفى .

إسم المريضة : سمر محمد كرم
رقم السجل المدني: ٩٠٩٩٠٥٤٠٠٧
صلة القرابة : الوالدة

وقد تم اخباري بأن الرعاية المنزلية فقط لمتابعة المريضة بعد استقرار حالتها الصحية واعتماد الخطة العلاجية من الطبيب الاستشاري المسؤول بالمستشفى .

وفضلت متابعتها بالمنزل وسأتحمل المسؤولية كاملة .

الاسم : آمانى حامد محمد طاهر
التاريخ : ١٩/٤/٢٠٢٤ م
التوقيع : آمانى حامد محمد طاهر
تاريخ الزيارة : ١٩/٤/٢٠٢٤ م
اسم الطبيب : الدكتور محمد عبد الله
اسم الممرضة : هيام محمد عبد الله
وقت الزيارة : ٢:١٥ PM
توقيع الطبيب : آمانى حامد محمد طاهر
توقيع الممرضة : هيام محمد عبد الله

الخدمات المقدمة للمريضة

- تمكين قسرة يديه مقاس 16
- إعطاء دواء ينزل بالوريد
- إعطاء حنفاء سقنكلسون ١ جرام بالوريد لعدا قنار لاساسيه