

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

أقر أنا : د. محمد علي جباري

أو من ينوب عني : -----

بالموافقة على تلقي الخدمة الطبية المنزلية والعناية التمريضية المنزلية من قبل
(شركة بيتنا للرعاية الصحية المنزلية) وهي كالاتي :

زيارة طبيب و ممرضة ()

عمل فحوصات شاملة (✓)

تلقي العلاج المناسب للحالة الصحية ()

كما أتعهد الحفاظ على حقوق الممارسين الصحيين وفقا للمبادئ الشرعية والمعايير الطبية
حسب تعليمات وزارة الصحة والجهات المختصة

اسم المريض : د. محمد علي جباري

رقم الملف الطبي : -----

تاريخ الزيارة : 12-5/2024

رقم الجوال : -----

التوقيع : -----

التوقيع : د. محمد علي جباري

اسم الطبيب : -----

اسم الممرضة : د. محمد علي جباري