

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

ومعلومات المريض

أقر أنا (المريض) : روضة خليل السبايا أو من ينوب عني (الاسم) : _____

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

إسم المريض : روضة خليل السبايا رقم الهوية : _____

تاريخ الميلاد : 1974 / 1 / 0559191291 رقم هاتف التواصل : _____

الحالة الاجتماعية : متنكر الطول : _____ سم الوزن : _____ كجم

وهي خدمات :

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

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

تاريخ الزيارة : 7. Oct. 24 وقت الزيارة : 2:35 pm

اسم الطبيب : Hadeel Bughayeer توقيع الطبيب : [Signature]
اسم الممرضة : _____ توقيع الممرضة : _____

توقيع المريض أو من ينوب عنه : [Signature]