

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

أقر أنا : الصنور المحلان

أو من ينوب عني:-----

بالموافقة على تلقي الخدمة الطبية المنزلية والعلاج الطبيعي من قبل (شركة بيتنا للخدمات الطبية المنزلية)
وهي كالآتي:

تقييم حالة المريض (✓)

متابعة المريض ووضع خطة علاجية (✓)

عمل فحوصات طبيه

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

اسم المريض: الصنور المحلان

رقم الملف الطبي:-----

تاريخ الزيارة:-----

رقم الجوال: 0540666651

التوقيع:-----

التوقيع:-----

اسم الطبيب:-----

اسم الأخصائي: عبد الحميد