

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

أقر أنا : _____

أو من بنوب عني : سليم دحيي الفيفر

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 (✓)

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

اسم المريض: سليم دحيي الفيفر

رقم الملف الطبي: 5/11/23

تاريخ الزيارة: 3/11/2023

رقم الجوال: 0504848566

التوقيع: سليم دحيي الفيفر

التوقيع: [Signature]

اسم الطبيب: عيسى التري

اسم الأخصائي: [Signature]