

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

أقر أنا : نسيب بن عبد الحادي الخطاي ف
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 ()

تلقى العلاج المناسب للحالة الصحية (✓) إطار vitodrip
Infusion (skin glow)

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

اسم المريض : صبي

رقم الملف الطبي: _____

تاريخ الزيارة : 2022-06-05 تاريخ بداية الحسنة تحتاج عد
حسنة تسبب لباق skin glow

رقم الجوال : _____

+ hair loss

تأخذ

تسبي
التوقيع : _____

هـ
التوقيع : _____

اسم الطبيب : د. شرف

اسم الممرضة : هـم حمد تاريل