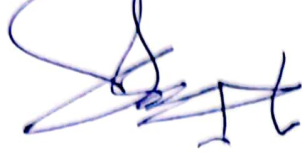


إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية



أقر أنا: سامر الدريش

أو من ينوب عني: _____

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

تقييم حالة المريض ()

متابعة المريض ووضع خطة علاجية (✓) إطار قيتا داب حفدك بالعرب

عمل فحوصات طبيه

energy boost
نفقة سرقة في الاسبوع لمدة
ع اسبوع

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

اسم المريض: سامر الدريش

رقم الملف الطبي: _____

تاريخ الزيارة: 02/3/2024

رقم الجوال: _____

شمار
التوقيع: _____

شمار
التوقيع: _____

دكتة شوقي
اسم الطبيب: _____

صالح محمد
اسم الأخصائي: _____