

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

أقر أنا : أحمد محمد طافسي

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 (✓) تدريب أسرة لعلية معاش 16
عمل فحوصات شاملة (✓) + 1v paracetamol 9 injection
تلقي العلاج المناسب للحالة الصحية (✓) + 1v Ceftriaxone 9iml

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

اسم المريض : سعد محمد كرم

رقم الملف الطبي : _____

تاريخ الزيارة : ٢٠٢٤/٤/١٩

رقم الجوال : ٠٥٠٤٤٠٣٤٤٦

التوقيع : [Signature]

التوقيع : [Signature]

اسم الطبيب : د/ محمد حسن

اسم الممرضة : فايزة محمد