

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

ومعلومات المريض

أقر أنا (المريض) : _____ أو من ينوب عني (الاسم) : عبد العزيز إصباح

بالموافقة على تلقي الخدمة الطبية المنزلية من قبل (شركة بيتنا للخدمات الصحية المنزلية)

إسم المريض : عبد الله عبد العزيز رقم الهوية : _____

تاريخ الميلاد : ____ / ____ / ____ رقم هاتف التواصل : 0565 23 24 28

الحالة الاجتماعية : متزوج الطول : _____ سم الوزن : 90kg كجم

وهي خدمات :

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| ☒ | التمريض |
| ☒ | طبية ومتابعة علاجية |
| ☒ | غيار الجروح |
| ☒ | إعطاء خدمة |
| ☒ | عمل فحوصات |
| ☒ | علاج طبيعي |
| ☒ | أخرى : _____ |

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

تاريخ الزيارة : 13/5/2024 وقت الزيارة : 8:00pm

اسم الطبيب/ة : د. هديل هادي توقيع الطبيب : [Signature]
اسم الممرضة : صباح عبد الله توقيع الممرضة : [Signature]

توقيع المريض أو من ينوب عنه : [Signature]