

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

ومعلومات المريض

أقر أنا (المريض) : ش. ع. ع. ع. أو من ينوب عني (الاسم) : _____

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

إسم المريض : تمارا عابد الشبح رقم الهوية : _____

تاريخ الميلاد : ____ / ____ / ____ رقم هاتف التواصل : _____

الحالة الاجتماعية : Married الطول : _____ سم الوزن : _____ 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 : 2024/05/19 وقت الزيارة : 3:00 pm

اسم الطبيب/ة : د. هادي م. م. توقيع الطبيب : هادي م. م.

اسم الممرضة : هيا ح. م. توقيع الممرضة : هيا ح. م.

توقيع المريض أو من ينوب عنه : _____