

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

أقر أنا : فهد عبد الله العتيبي

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 ()

skin gland
infusion
drip

تلقي العلاج المناسب للحالة الصحية (✓)

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

اسم المريض : هيفى لقطات

رقم الملف الطبي : -----

تاريخ الزيارة : 12/5/2024

رقم الجوال : -----

التوقيع : شهر

التوقيع : هد

اسم الطبيب : د. شقر

اسم الممرضة : صبر محمد تامل