

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

ومعلومات المريض

أقر أنا (المريض) : _____ أو من ينوب عني (الاسم) : ندى المراني

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

إسم المريض : خريص محمد رقم الهوية : 1044373106

تاريخ الميلاد : ١٤ / ١٢ / ١٤٠٢ رقم هاتف التواصل : _____

الحالة الاجتماعية : أرسل الطول : _____ سم الوزن : _____ كجم

وهي خدمات :

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| ☒ | التمريضية |
| ☒ | طبية ومتابعة علاجية |
| ☒ | غيار الجروح |
| ☒ | إغطاء 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 : 02/6/2024 وقت الزيارة : 6 pm

اسم الطبيب/ة : د. هديل صبيح توقيع الطبيب : هديل صبيح
اسم الممرضة : خديجة محمد توقيع الممرضة : خديجة محمد

توقيع المريض أو من ينوب عنه : ندى المراني