

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

ومعلومات المريض

أقر أنا (المريض) : _____ أو من ينوب عني (الاسم) : عبد الله بن عبد الله (ابن)

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

إسم المريض : عبد الله بن عبد الله بن عبد الله رقم الهوية : _____

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

الحالة الاجتماعية : متزوج 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 : 12 - 7 / 2024 وقت الزيارة : 8:40 pm

اسم الطبيب/ة : _____ توقيع الطبيب : _____
اسم الممرضة : صالحه بن عبد الله توقيع الممرضة : _____

توقيع المريض أو من ينوب عنه : _____