

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

ومعلومات المريض

أقر أنا (المريض) : محمد الله عبد الوهاب أو من ينوب عني (الاسم) : _____

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

رقم الهوية : ١٠٢٢٧٤٢٧٤٤

إسم المريض : محمد الله عبد الوهاب

رقم هاتف التواصل : ٠٥١٤١٩٠٧٤٩

تاريخ الميلاد : ١١ / ١١ / ١٣٨٥

الوزن : ٥٩ كجم

الطول : ١٦٦ سم

الحالة الاجتماعية : أرسل

وهي خدمات :

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| ☒ | التمريضية |
| ☒ | 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.

وقت الزيارة : _____

تاريخ الزيارة : _____

توقيع الطبيب : _____
توقيع الممرضة : خالد محمد

اسم الطبيب/ة : _____
اسم الممرضة : خالد محمد

توقيع المريض أو من ينوب عنه : _____