

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

ومعلومات المريض

أقر أنا (المريض) : همياء (عمر) أو من ينوب عني (الاسم) : _____
بالموافقة على تلقي الخدمة الطبية المنزلية من قبل (شركة بيتنا للخدمات الصحية المنزلية)
إسم المريض : _____ رقم الهوية : _____
تاريخ الميلاد : ____ / ____ / ____ رقم هاتف التواصل : _____
الحالة الاجتماعية : _____ الطول : _____ سم الوزن : _____ كجم

وهي خدمات :

- ☒ التمرضية
- ☒ طبية ومتابعة علاجية
- ☒ غيار الجروح
- ☒ إغطاء خدمة
- ☒ عمل فحوصات
- ☒ علاج طبيعى
- ☐ أخرى : _____

كما اتعهد بالحفاظ على حقوق الممارسين الصحيين وفقا للمبادئ الشرعية والمعايير الطبية
حسب تعليمات وزارة الصحة والجهات المختصة.

تاريخ الزيارة : _____ وقت الزيارة : _____
اسم الطبيب : P.T. Abeer Alnamari توقيع الطبيب : _____
اسم الممرضة : _____ توقيع الممرضة : _____
توقيع المريض أو من ينوب عنه : _____