

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

أقر أنا : _____

أو من ينوب عني: _____

بالموافقة على تلقي الخدمة الطبية المنزلية والعلاج الطبيعي من قبل (شركة بيتنا للخدمات الطبية المنزلية) وهي كالاتي:

تقييم حالة المريض (✓)

متابعة المريض ووضع خطة علاجية (✓)

عمل فحوصات طبيه

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

اسم المريض: الأميرة ال سعود

رقم الملف الطبي: _____

14-1-2024

تاريخ الزيارة: _____

رقم الجوال: _____

التوقيع: [Signature]

التوقيع: _____

[Signature]

اسم الطبيب: _____

اسم الأخصائي: عبد العزیز

عبد الله ابو نهي