

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

أقر أنا : سليم الشري

أو من ينوب عني:

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

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: فاطمة حبيبي الشري

رقم الملف الطبي: _____

تاريخ الزيارة: _____

رقم الجوال: _____

التوقيع:
التوقيع:

اسم الطبيب: سليم الشري

اسم الأخصائي: خضير الخري