

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

ومعلومات المريض

أقر أنا (المريض) : _____ أو من ينوب عني (الاسم) : نوره عبد الحمدي
بالموافقة على تلقي الخدمة الطبية المنزلية من قبل (شركة بيتنا للخدمات الصحية المنزلية)
إسم المريض : مديرة عيسى مزاح العري
رقم الهوية : ١٠٩٦١٥٠٠٤
تاريخ الميلاد : ١٧/١١/٥١٢٦٢
رقم هاتف التواصل : ١٥٠١١٥١٥٤
الحالة الاجتماعية : أرملة
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 : _____
وقت الزيارة : ١٢ : ٤٥
اسم الطبيب/ة : عيسى العري
اسم الممرضة : _____
توقيع الطبيب : _____
توقيع الممرضة : _____
توقيع المريض أو من ينوب عنه : _____