

إقرار الموافقة على الخدمة الصحية المنزلية

ومعلومات المريض

أقر أنا (المريض) : _____ أو من ينوب عني (الاسم) : محمد زهير العتيبي

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

إسم المريض : محمد زهير العتيبي رقم الهوية : 1023443543

تاريخ الميلاد : / / رقم هاتف التواصل : 0500546938

الحالة الاجتماعية : _____ الطول : _____ سم الوزن : _____ كجم

وهي خدمات :

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| ☒ | التمريض |
| ☒ | 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 : 4:20

اسم الطبيب/ة : عبدالله العتيبي توقيع الطبيب : _____
اسم الممرضة : _____ توقيع الممرضة : _____

توقيع المريض أو من ينوب عنه : _____