

نموذج الموافقة على دخول

اسم المستشفى :

اسم المشترك :	تاريخ الدخول : / /
رقم المشترك :	درجة التأمين :
اسم المريض :	درجة القرابة : العمر :
Complaining on presentation:	
Past medical and surgical history:	
Result of laboratory and x-ray test on admission (abnormal)	
Suspected diagnosis :	
Intended laboratory and x-ray investigation:	
Intended medical procedure:	
Intended treatment (medical or surgical):	
Expected days of hospitalization:	
الطبيب المعالج :	اسم الطبيب :
التوقيع :	
ملاحظة :	
*ضرورة ارفاق صورة عن بطاقة التأمين مع طلب الاجراء .	
* رقم الفاكس (3491102/05) خلوي (0799059056)	