4Health
Health Insurance
فورهيلث للتأمين الصحي

4life
Medical Services Consulting
فورلايف لإدارة الخدمات الطبية

التاريخ: / /2017 م

افادة طبية بعلاج حالة مرضية مزمنة

اسم المريض:..... **الرقم التأميني:**.....

الرقم الوظيفي..... **الصفة**(اساسي-زوجه-ابن-ابنه-اب-ام)..... **يفيد**

مستشفى/عيادة.....**الدكتور**..... **اخصائي/استشاري** .....

بأن المريض المذكور اعلاه قد راجع العيادة **بتاريخ / /2017 م وبعد الكشف الطبي والاطلاع على الفحوصات**

اتضح انه يعاني من..... **Diagnosis**

وهوبحاجه الى استخدم الادوية التالية لفترة.....

م	اسم الصنف	الجرعة اليومية	الكميه	السعر	ملاحظات الصرف
1					الصرف لشهر.....
2					الصرف لشهر.....
3					الصرف لشهر.....
4					الصرف لشهر.....
5					الصرف لشهر.....
6					الصرف لشهر.....
7					الصرف لشهر.....
8					الصرف لشهر.....
9					الصرف لشهر.....
10					الصرف لشهر.....
					الأجمالي

اسم الطبيب المعالج :

التوقيع:

الختم

الادارة الطبية :

الصيدلي/عصام الصبري

الختم

- **تعبئة الاستمارة من قبل الطبيب المعالج.**
- **ارفاق الفحوصات مع استمارةالأدوية المزمنه.**
- **لايتم صرف الأدوية المزمنه الابعد موافقة الشركه.**