4Health
Health Insurance
فورهيلث للتأمين الصحي

4life
Medical Services Consulting
فورلايف لإدارة الخدمات الطبية

ملحـــــق رقم (3)
(نموذج معالجة لمشتركي فور لايف)

اسم المريض: .....العمر(.....)الجنس (.....)جهة العمل.....رقم المشترك(.....) رقم الملف الطبي(.....)رقم الهاتف(.....)الموظف مقدم الخدمة:.....

تاريخ الزيارة: / / 20 وقت الزيارة(.....) مساءً/صباحا نوع الزيارة

طارئة ☐ إصابة ☐

مرضية ☐

الشكوى الطبية .....

اعتيادية:زيارة أولى ☐ زيارة ثانية ☐ زيارة ثالث ☐

مزمنة: زيارة أولى ☐ زيارة ثانية ☐ زيارة ثالث ☐

طبيعة الأعراض .....

الإجراءات التي قام بها المركز: ☐ ☐ ☐ ☐ أخرى (حددها) :.....

الفحوصات المخبرية المطلوبة:

الأشعة المطلوبة: XRy ☐ C.T scan ☐

U/S ☐ MRI ☐ KUB ☐

إجراءات طبية أخرى مطلوبة:

الأدوية الموصوفة:
1
2
3
4

إجراءات بحاجة إلى موافقة مسبقة (اسم لإجراء).....

أسلوب الموافقة : ☐ كتابية ☐ هاتفية.....رمز الموافقة: (.....)

إسم الدكتور وتخصصه .....التشخيص النهائي. .....

التوقيع والختم:.....

الحاجة إلى إجازة مرضية ☐ نعم ☐ لا

أطلعت على كافة ما كتب وأوافق عليه وأقر أنه أجريت لي المعني بالتدقيق

اسم المريض :.....

الإسم:..... توقيع المريض:.....

الصفة المهنية.....

ملاحظة :ـ لن يتم اعتماد أي استمارة ما لم يتم استيفائها كاملاً بما في ذلك توقيع المريض

للتواصل معنا على الأرقام التالية **Note: Kindly call on 412512- 412606**