

نموذج (2)

أ - نموذج إفادة ممارس صحي

رقم الشكوى	تاريخ الشكوى:	
------------	---------------	--

1 - بيانات الممارس الصحي

الاسم الثلاثي:		الجنس : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
رقم الهوية/ الإقامة:		الجنسية :
بريد العمل :		رقم الجوال :
الدرجة المهنية:	<input type="checkbox"/> استشاري <input type="checkbox"/> نائب أول <input type="checkbox"/> نائب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> صيدلي <input type="checkbox"/> أخرى	التخصص:
		تاريخ نهاية التصنيف:
		أقرب موعد إجازة :
العنوان ومعلومات التواصل في البلد الأساسي للممارس الصحي غير السعودي :		
الحولة :		المدينة:
البريد الشخصي :		رقم الجوال :
اسم المحكمة التابعة للممارس الصحي في دولته:		
المدينة:		الحي :

2- المرفقات :

<input type="checkbox"/> تأمين ساري المفعول.	رقم الوثيقة:	تاريخ الانتهاء :	
<input type="checkbox"/> إخطار شركات التأمين.	تاريخ الإخطار :		
<input type="checkbox"/> وكالة سارية المفعول.	رقم الوكالة:	تاريخ الوكالة:	
<input type="checkbox"/> كفالة سارية المفعول.	رقم الكفالة:	تاريخ الكفالة:	

توقيع الممارس على صحة البيانات :

اسم الممارس الصحي:	التوقيع:	
--------------------	----------	--

3- تفاصيل الإجراءات الطبية المتخذة:

هل التزمت بالتعريف عن نفسك ومهنتك؟

<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
------------------------------	-----------------------------

هل أطلعت المريض على الخطة العلاجية؟

<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
------------------------------	-----------------------------

هل أخذت الموافقة على الاجراء الطبي وأطلعت المريض على المضاعفات الطبية المحتملة؟

<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
------------------------------	-----------------------------

ما هو دورك اتجاه الحالة:

.....
.....
.....

الحالة المرضية عند الفحص والعلامات والأعراض:

.....
.....

توقيع الممارس على صحة البيانات:

اسم الممارس الصحي:	التوقيع:	
--------------------	----------	--

الفحوص المخبرية والإجراءات التي أجريتها أو طلبتها للاستعانة بها :

.....
.....

اذكر الخطة العلاجية:

.....
.....

الرد المفصل على الشكوى المقدمة موضحاً الإجراءات المتخذة :

.....
.....

توقيع الممارس على صحة البيانات :

اسم الممارس الصحي:	التوقيع:	
--------------------	----------	--

أسئلة إضافية:

.....
.....

بالتوقيع على هذا النموذج، يتعهد الممارس الصحي ويلتزم بما يلي :

1- صحة كافة المعلومات واكتمال البيانات المقدمة.

2- إخطار شركة التأمين ورافق صورة من الإخطار لتفادي منع السفر .

3- يعد التبليغ عبر الرسائل النصية لرقم الجوال أو البريد الإلكتروني المسجل تبليغاً رسمياً تشطب الدعوى بموجبه في حال عدم الحضور .

	الاسم الثلاثي:		التوقيع	
--	----------------	--	---------	--

بيانات معتمد التقرير:

الاسم الثلاثي:		المسمى الوظيفي:		الجهة:	
صيغة النموذج:	<input type="checkbox"/> ورقي <input type="checkbox"/> إلكتروني	تاريخ الاعتماد:		التوقيع:	

• يلتزم معد التقرير بتعبئة نموذج (4) الخاص بتأجيل السفر في أضيق الأحوال ولدواعي جدية بالتأجيل.