

## نموذج (2)

### أ- نموذج إفادة ممارس صحي

	تارikh الشكوى:	رقم الشكوى
--	----------------	------------

#### 1- بيانات الممارس الصحي

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

#### 2- المرفقات :

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

توقيع الممارس على صحة البيانات :

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

#### 3- تفاصيل الإجراءات الطبية المتخذة:

هل التزمت بالتعريف عن نفسك ومهنتك؟

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

هل أطلعت المريض على الخطة العلاجية؟

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

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

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

ما هو دورك اتجاه الحالة:

الحالة المرضية عند الفحص والعلامات والأعراض:

توقيع الممارس على صحة البيانات:

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

الفحوص المخبرية والإجراءات التي أجريتها أو طلبتها للاستعاة بها :

ادرك الخطة العلاجية:

الرد المفصل على الشكوى المقدمة موضحاً الإجراءات المتخذة :

توقيع الممارس على صحة البيانات :

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

أسئلة إضافية:

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

1- صحة كافة المعلومات واقتام البيانات المقدمة.

- 2- إخطار شركة التأمين وارفاق 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 .

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

بيانات معتمد التقرير:

الجهة:	الاسم الثلاثي:	المسمنى الوظيفي:	التاريخ الاعتماد:	<input type="checkbox"/> ورقي <input type="checkbox"/> الكترونی	صيغة النموذج:
التوقيع:					

- يلتزم معد التقرير بتبينه نموذج (4) الخاص بتأجيل السفر في أضيق الأحوال ولدواعي حديرة بالتأجيل.