**مركز الفحص الشامل بالخبر جوال:**

هاتف: 8986666-013

فاكس: 8981051-013

|  |
| --- |
| **نموذج الفحص ما قبل الزواج** |

الطرف الاول

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAME |  | | الاســـــــم |
| Age / Sex |  |  | العمر/ الجنس |
| Nationality |  | | الجنســــية |
| Address & Mob No. |  |  | العنوان والهاتف |

(اعطائك المعلومات الصحيحة يسرع في انهاء اجراءات المعاملة)

يجب ذكر موقع وتاريخ اجراء الفحص للطرف الاخر

الطرف الثاني

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAME |  | | الاســـــــم |
| Nationality |  | | الجنســــية |
| Place and Date |  |  | مكان وتاريخ الفحص |

المربعات بالأسفل خاصة بالجهة الطبية

|  |
| --- |
| **أمراض الدم الوراثية:** |

|  |
| --- |
| **الأمراض التناسلية:** |

|  |
| --- |
| **الامراض المعدية:** |

**سيتم ارسال رسالة على رقم الجوال برقم الصادر لمعاملتك بعد 30 يوماً في الحالات الطبيعية وارسالها**

**عبر البريد الى الجهة الطالبة.**