(نموذج الفحص ما قبل الزواج)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الطرف الأول | |  | |  | |
| الاسم |  | | | | Name |
| العمر / الجنس |  | |  | | Age / Sex |
| الجنسية |  | | | | Nationality |
| العنوان والهاتف |  | |  | | Address & Mob No. |
| (إعطائك المعلومات الصحيحة يسرع في انهاء اجراءات المعاملة)  يجب ذكر موقع وتاريخ اجراء الفحص للطرف الآخر | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الطرف الثاني | |  | |  | |
| الاسم |  | | | | Name |
| الجنسية |  | | | | Nationality |
| مكان وتاريخ الفحص |  | |  | | Place and Date |

(المربعات في الأسفل خاص بالجهة الطبية)

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الأمراض المعدية: | | |
|  |  |  |

سيتم إرسال رسالة على رقم الجوال برقم الصادر لمعاملتك بعد (30) يوماً في الحالات الطبيعية وارسالها عبر البريد إلى الجهة الطالبة