

You may request a copy of a National Ambulance Patient Care Record if you are the patient, guardian or legally authorised representative

لطلب نسخة من السجل الطبي، الرجاء تعبئة هذا النموذج والتوقيع أدناه. يمكنك طلب نسخة إذا كنت المريض أو ولي أمر أو شخص مخول قانونياً

You must provide a copy of your Passport (Photo page and number) **or** Emirates Identity card (front and reverse side). If you are not the patient, you must also provide copy of the patient's Passport (Photo page and number) or Emirates Identity card (front and reverse side) and yours as well as documentation to prove guardianship or authorisation

عليكم تقديم نسخة عن الصفحة الأولى من جواز السفر أو نسخة عن بطاقة الهوية (الجهة الأمامية و الخلفية). إذا لم تكن المريض، عليكم تقديم نسخة عن الصفحة الأولى من جواز السفر المريض أو نسخة عن بطاقة الهوية (الجهة الأمامية و الخلفية) الخاص به و الخاص بك أيضاً كوثيقة تثبت أنك المخول القانوني

Patient Full Name:	الإسم الكامل للمريض:
Site of contact with National Ambulance - e.g. Airport, Event, Northern Emirates etc. Location:	موقع التواصل مع الإسعاف الوطني، مثلاً المطار، الإمارات الشمالية، الخ الموقع:
Date and time patient seen by National Ambulance Date: Time:	التاريخ والساعة لعناية المريض: التاريخ الساعة:
Were you transported to a hospital: Yes /No	هل تم نقلك إلى المستشفى نعم / لا
Name of Hospital you were taken to:	اسم المستشفى الذي نقلت إليه:
Applicant Full Name:	الاسم الكامل لمقدم الطلب:
Applicant Phone Number & fax number (if applicable):	رقم هاتف مقدم الطلب/ الفاكس إذا وجد :
Applicant e-mail:	عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الطلب:
Applicant Address:	عنوان مقدم الطلب:
Documents attached (please tick): <input type="checkbox"/> Patient's Passport (specify number) <input type="checkbox"/> Patient's Emirates ID (specify number)	نوع الأوراق الثبوتية المرفقة للمريض: <input type="checkbox"/> جواز سفر المريض <input type="checkbox"/> بطاقة هوية المريض
Documents attached (please tick): <input type="checkbox"/> Guardian/authorised representative Passport (specify no.) <input type="checkbox"/> Guardian/authorised representative Emirates ID (specify no.)	نوع الأوراق الثبوتية المرفقة لمقدم الطلب: <input type="checkbox"/> جواز سفر ولي الأمر أو مقدم الطلب <input type="checkbox"/> بطاقة هوية ولي الأمر أو مقدم طلب
Request Type: <input type="checkbox"/> Patient care record <input type="checkbox"/> Paid Medical Report	نوع الطلب <input type="checkbox"/> ملف طبي <input type="checkbox"/> تقرير طبي مدفوع
Patient/Guardian/authorised representative Name: Signature:	إسم المريض/ ولي الأمر/ المخول القانوني: التوقيع:
Application Date:	تاريخ تقديم الطلب:

For Office Use Only:

NA Staff Name & Employee ID:
CAD No. PMO Feedback No.:
Mode of Release: email / fax / Personal collection
Director of Clinical and Medical Management Sector / Delegate
Signature:
Date of Release:
Applicant Signature on collection:

للاستعمال الرسمي فقط:

إسم الموظف ورقمه الوظيفي:
رقم الحالة:
رقم مرجع قسم الجودة:
كيفية التسليم: البريد الإلكتروني/ الفاكس / الإستلام الشخصي
توقيع مدير القطاع الطبي والسريري/ المخول:
تاريخ التسليم:
توقيع مقدم الطلب عند الإستلام :

National Ambulance is committed to providing the best possible service to our customers and patients.
الإسعاف الوطني يلتزم دائما بتقديم أفضل الممارسات الطبية والخدمة المتميزة لكل المتعاملين