

طلب تحويل طبي
Medical Treatment Request

التاريخ : / /

Hospital/Clinic..... *New Mowasat hospital* مستشفى / مستوصف / عيادة :

السيد / الطبيب المعالج المحترم

تحية طيبة وبعد ،،،

Name..... *Haydar Samer khedr* يرجى التكرم بالكشف على السيد / السيدة :

وموافقتنا بتقرير عن الحالة المرضية ومدة العلاج.

الرقم الوظيفي

الادارة / القسم

وشكراً ،،،،

HR Manager

مدير الموارد البشرية

Department Manager

مدير القسم

FOR PHYSICIAN USE استخدام الطبيب المعالج

▪ Date of Visit : ____/____/____

▪ تاريخ المراجعة : ____/____/____

▪ CASE DIAGNOSIS & RECOMMENDATIONS:

▪ تشخيص الحالة والعلاج المطلوب :

*Acute URTI, throat pain, Cough, blocked
nose, bone aches
pt needs home medications, rest
and sick leave for one day*

OFFICIAL SEAL & SIGNATUR التوقيع والختم الرسمي

مستشفى المواساة الجديد
فرع من شركة المواساة الجديدة ش.م.ك (مقتلة)
New Mowasat Hospital
Branch of New Al-Mowasat Co.(K.S.C.C)

Form No. 001-12 Rev.0 Issued date: 23-7-2018

Dr. Eslam El Sald
د. اسلام السليمان
Regulator Internal Medicine
& Endocrinology
New Mowasat Hospital
Salmiya - Kuwait
مستشفى المواساة الجديد
الصالية - الكويت

13-11-2025