



برنامج الإحالة  
Referral Program

المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

برنامج إحالتي



### اشعار قبول تنويم

الجنسية	اسم المريض	رقم الإثبات	رقم الحالة
رقم التواصل	رقم الإثبات		
الطبيب المعالج	رقم الحالة	رقم القبول	القسم
رقم الغرفة	رقم السرير		
مدة الحجز	يوم الموعد		
التاريخ الميلادي	وقت الموعد		
التاريخ الهجري			

المحترم

سعادة مدير مستشفى /

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

رقم إحالة وزارة الصحة بتاريخ بشأن المريض الموضحة بياناته أعلاه.

نفيد سعادتك بأنه تم قبول المريض حسب ماهو موضح بمعلومات الحجز أعلاه.

يرجى اتخاذ كافة الإجراءات اللازمة لنقل المريض مع مراعاة النقاط المذكورة أدناه.

وتقبلو تحياتنا

 مدير مستشفى

### ملاحظات مهمة

- يلتزم المستشفى الحيل لإستقبال الإحالة العكسية عند تحقيق الهدف الأساسي من العلاج.
- الرجاء إحضار أصل هوية المريض عند الحضور للمستشفى.
- الرجاء إحضار أصل التقرير الطبي وصور الفحوصات والأشعة عند الحضور للمستشفى.
- عند اختلاف التاريخ الميلادي مع التاريخ الهجري يرجى إعتداد التاريخ الميلادي للموعد.
- يرجى الإلتزام بتاريخ الموعد المعطى ومدة حجز السرير حتى تتم خدمة المريض بالشكل المطلوب.

التاريخ	اسم الموظف	تلفون قسم التنسيق الطبي
---------	------------	-------------------------