



اشعار قبول تنويم

<input type="text"/>	الجنسية	<input type="text"/>	اسم المريض	<input type="text"/>
<input type="text"/>	رقم التواصل	<input type="text"/>	رقم الإثبات	<input type="text"/>

<input type="text"/>	الطبيب المعالج	<input type="text"/>	رقم الحالة	<input type="text"/>
<input type="text"/>	رقم الغرفة	<input type="text"/>	القسم	<input type="text"/>
<input type="text"/>	مدة الحجز	<input type="text"/>	رقم السرير	<input type="text"/>
<input type="text"/>	التاريخ الميلادي	<input type="text"/>	يوم الموعد	<input type="text"/>
<input type="text"/>	التاريخ الهجري	<input type="text"/>	وقت الموعد	<input type="text"/>

المحترم

سعادة مدير مستشفى /

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

رقم إحالة وزارة الصحة بتاريخ بتاريخ بشأن المريض الموضحة بياناته أعلاه.

نفيد سعادتكم بأنه تم قبول المريض حسب ما هو موضح بمعلومات الحجز أعلاه.

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

وتقبلو تحياتنا

مدير مستشفى

ملاحظات مهمة

- يلزم المستشفى الجيل بإستقبال 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 اعتقاد التاريخ الميلادي للموعد.
- يرجى الالتزام بتاريخ الموعد المعطى ومدة حجز السرير حتى تتم خدمة المريض بالشكل المطلوب.