

استمارة طلب أدوية مزمنة



رقم المضمون				رقم البوليصة			
الاسم و الشهرة				صالحة لغاية			
تاريخ الولادة				التغطية			
				PM _____ %			

الصيدلية المفضلة من قبل المريض	
اسم الصيدلية	العنوان

الحالة المرضية السابقة للمريض (يرجى اعطاء الشرح الطبي الضروري لتقييم حالة المريض، مع ذكر تاريخ بدء العلاج ومدته)					
الحالة المرضية	تاريخ بدء العلاج	الحالة المرضية	تاريخ بدء العلاج	الحالة المرضية	تاريخ بدء العلاج
جهاز القلب والشرابين		امراض الغدد		الجهاز الهضمي	
ارتفاع ضغط الدم		الجهاز التنفسي		الاورام	
امراض الدم		الجهاز العصبي		الامراض الجرثومية	
مرض السكري		الجهاز التناسلي والبولي		غيرها	
الشرح:					

العلاج والادوية				
المرض	اسم الدواء	الجرعة	تاريخ بدء العلاج	مدة العلاج

الطبيب المعالج		
الاسم	الاختصاص	
عنوان العيادة	الهاتف	

تصريح الطبيب المعالج	
انا الموقع ادناه اصرح ان المعلومات المدرجة اعلاه هي سرية، كاملة وصحيحة، وأنها مطابقة لحالة المريض/المضمون المشار اليه أعلاه، كما وإنني اسمح للشركة الضامنة و/أو الاداري و/أو مندوبيهما و/أو الأشخاص المعينين منهما، بالاضطلاع على كامل الملف الطبي الموجود لدي.	
اسم وختم الطبيب المعالج	التاريخ / /

خاص بالاداري		
اسم المستلم	تاريخ استلام الاستمارة	
جواب الاداري	<input type="checkbox"/> موافقة	<input type="checkbox"/> عدم الموافقة
اسم المراقب، الختم والامضاء		