

فريق عمل العلاج بالخارج (مستشفى الأحمدى)

إقرار وتعهد ببيانات المرافقين عند سفر المريض للعلاج بالخارج

اسم المريض: _____ رقم الملف: _____

بلد العلاج الموفد إليها: _____ مكان العمل: _____

التاريخ المناسب للمريض لبدء العلاج (خلال ٣ أشهر من تاريخ موافقة اللجنة): _____

هل المريض يحمل تأشيرة سفر للبلد الموفد له: نعم لا

بيانات المرافقين وذلك بناءً على قرار اللجنة:

المرافق الأول: _____ العمر: _____ (العمر المسموح به فوق ١٨ عاماً).

صلة القرابة بالمريض: _____ مكان العمل: _____

هل المرافق الأول يحمل تأشيرة سفر للبلد الموفد له: نعم لا

المرافق الثاني: _____ العمر: _____ (العمر المسموح به فوق ١٨ عاماً).

صلة القرابة بالمريض: _____ مكان العمل: _____

هل المرافق الثاني يحمل تأشيرة سفر للبلد الموفد له: نعم لا

• المرفقات المطلوبة: صورة جوازات المريض والمرافقين.

ملاحظة: عند طلب تبديل مرافقين تجب مراجعة مكتب العلاج بالخارج لاستكمال الأوراق المطلوبة للموافقة ولن تتم الموافقة على أي

تبديل دون الرجوع لمكتب العلاج.

مقدم الطلب: _____ رقم الهاتف: _____

الرقم المدني: _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____

مستلم الطلب: _____ التوقيع: _____