

استمارة اشتراك فى الخدمة الطبية

اسم الشركة البرنامج

برجاء كتابة المعلومات كاملة وبخط واضح مع إرفاق عدد 2 صورة شخصية و كتابة الاسم رباعي علي ظهر الصورة كما هو مدون باستمارة المعلومات

الاسم باللغة العربية رباعيا :

الاسم الأول الاسم الثانى الاسم الثالث اللقب

The Name By English :

First Name Second Name Third Name Family Name

.....
.....
.....
.....
الوظيفة :

تاريخ الميلاد/...../.....

تاريخ بداية الاشتراك / ... / ...

النوع : ذكر أنثى الحالة الاجتماعية :

1- هل تعاني من ارتفاع بضغط الدم ، قصور بالشريان التاجى ، قصور بعضلة القلب ، عدم انتظام بضربات القلب ،
دوالى بالساق نعم لا

2- هل تعاني من حساسية صدر ، هل تعاني من الاحساس بضيق فى التنفس ، هل اصبت بالدرن . نعم لا

3- هل تعاني من مرض البول السكرى ، هل تعاني من السمنة نتيجة خلل بوظائف الغدة الدرقية. نعم لا

4- هل تعاني من اى مشكلة طبية بالكبد (الالتهاب الكبدى ، تليف الكبد ، دوالى المرئى ، هل تعاني من التهابات أو حصوة المراره ، هل تعاني من قرحة المعدة والاثنى عشر ، هل تعاني من وجود فتق سابق . نعم لا

5- هل اصبت بأحد الاوارم الخبيثة. نعم لا

6- هل توجد اى حساسية جلدية ، اكزيما او زوائد جلدية. نعم لا

7- هل توجد اصابة سابقة بالمخ (جلطة ، فقدان ذاكرة ، صداع نصفى ، نوبات سرعية ، عدم توافق بالمشى) نعم لا

8- هل تعاني من اى مشاكل بالمفاصل (خشونة ، كسور سابقة ، تسوس عظمى ، نقرص) نعم لا

9- هل تعاني من اى مشاكل بالكلى (حصوة ، فشل كلوى ، التهاب متكرر بالمسالك البولية) نعم لا

10- هل تعاني من اى مرض بالدم ، او اى مرض مناعى . نعم لا

11- هل تعاني من اى مرض بالعين (حساسية العين - المياح الزرقاء - المياح البيضاء (كتاركت) - هل تم عمل تصحيح للابصار فى الفترة السابقة نعم لا

12- هل تعاني من أى مرض نفسى سابق .

لا

نعم

فى حالة وجود أى مرض سابق يرجى ذكره مع ارفاق الفحوصات

الصورة الشخصية

الصورة الشخصية

التاريخ

...../...../.....

توقيع المشترك

.....

توقيع الشخص المسئول

.....

ختم الشركة