



استمارة وصول المريض

نأمل تعبئة البيان من قبل المريض أو المرافق:

إسم المريض:	إسم المرافق 1 :	إسم المرافق 2 :
تاريخ الميلاد:	تاريخ الميلاد:	تاريخ الميلاد:
رقم السجل المدني:	رقم السجل المدني:	رقم السجل المدني:
رقم جوال للتواصل في بلد العلاج:	رقم الجوال:	رقم الجوال :
جهة العمل:	جهة العمل:	جهة العمل :
تاريخ الوصول بلد العلاج:	صلة القرابة	صلة القرابة :
مدينة العلاج:		
رقم التأشيرة:	رقم التأشيرة:	رقم التأشيرة:
تاريخ إنتهاء التأشيرة:	تاريخ إنتهاء التأشيرة:	تاريخ إنتهاء التأشيرة:
نوع التأشيرة:	نوع التأشيرة:	نوع التأشيرة:
السفارة المصدرة للتأشيرة:	السفارة المصدرة للتأشيرة:	السفارة المصدرة للتأشيرة:

البيانات البنكية

المريض	المرافق 1	المرافق 2
اسم البنك:	اسم البنك:	اسم البنك:
رقم الايبان:	رقم الايبان:	رقم الايبان:

معلومات هامة للمريض ومرافقه للاطلاع عليها

- 1- أمر العلاج مدته شهرين ويرفع قبل انتهاء فترة العلاج الي الهيئة الطبية العليا للنظر في تمديد فترة العلاج من عدمة.
- 2- أمر العلاج لا يشمل المرافق كما أن مكتب الخدمات غير مسؤول عن تقديم اي خدمات للمرافق من تنسيق مواعيد طبية أو ترجمة.
- 3- يجب إرسال كرت الحساب البنكي الموضح فيه الاسم وأسم البنك ورقم الايبان للمريض والمرافق وإرفاقها مع استمارة الوصول.
- 4- تحسب النفقات النثرية بيومين قبل الموعد الطبي الاولي أو نفس يوم الوصول اذا صادف يوم الموعد.
- 5- في حال مغادرة بلد العلاج، الإلتزام بأشعار الملحقية الصحية بذلك، أما في حال المغادرة دون إشعار الملحقية الصحية في بلد العلاج يتحمل المريض والمرافق النتائج النظامية المترتبة علي ذلك.
- 6- يجب تقديم طلب تجديد التأشيرة قبل نهايتها بفترة 20 يوما علي الأقل، وفي حال انتهت التأشيرة ولم يتم تجديدها يعتبر حسب أنظمة البلد المعالج بأنه مقيم بشكل غير نظامي، ويترتب علي ذلك مخالفة مالية وقد تصل في بعض الحالات الي ترحيله وعدم السماح بدخول البلد مجدد.
- 7- في حال كانت التأشيرة غير علاجية، يكون تجديدها غير متاح، وعلى المريض أو المرافق مغادرة البلد بنهاية الفترة المسموح له الإقامة في بلد العلاج.
- 8- علي المريض ان يحرص بحصوله علي تقرير طبي عن حالته الصحية والعينات والشرائح قبل مغادرة المستشفى.
- 9- يلزم كتابة رقم الجوال المعتمد لكم حتي يتم التواصل معكم خلال فترة العلاج علما بأنه سوف يتم تسجيل الرقم في النظام لكافة أقسام الملحقية الصحية وفي حال تم تغير الرقم يرجى ضرورة إبلاغنا بشكل عاجل علي ايميل شؤون المرضى pa@sahme.org أو الهاتف المدرج بالأسفل وتخلي الملحقية مسؤوليتها في حال كتابتك الرقم خاطئ أو عدم إشعارنا بتغيرة حيث سوف يعتمد لدي الملحقية لأرسال اي معلومات.

نأمل بعد تعبئة البيانات ارسالها الي الملحقية الصحية مع صور جوازات سفر المريض والمرافق مع صفحة التأشيرة وختم الدخول وصورة الهوية الوطنية، على العنوان التالي: Pa@sahme.org, Ghaleb@sahme.org, Rehab@sahme.org

لمزيد من المعلومات يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني الخاص بالملحقية الصحية من خلال الرابط www.sahme.org

- فاكس رقم: 00493088922833 هاتف شؤون المرضى: 004930889228376 جوال الطوارئ: 00491758967485

توقيع المرافق (1)

توقيع المريض