



A1

( طلب تغيير طبيب )

في حالة توقيع المريض على الطلب

أنا المريض (ة) : .....

الرقم الشخصي: .....

في حالة توقيع المرافق على الطلب

أنا المرافق: .....

المرافق للمريض (ة): .....

الرقم الشخصي: .....

أتعهد

في حالة قيامي بتغيير الطبيب المعالج فإن ذلك يكون على مسؤوليتي الشخصية ولا يتحمل المكتب

الطبي أية مسؤولية أو متابعة قانونية عن أية أضرار أو أخطاء طبية.

الإسم: .....

التوقيع: .....