



**طلب مرافق إضافي / Additional Escort**

CODE:  100 SCTA  150 HCTA  200 D  300 M  Other

بدون مخصصات مالية

بمخصصات مالية

بيانات المريض:

اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ الرقم الشخصي: \_\_\_\_\_  
التشخيص: \_\_\_\_\_ رقم الملف: م ب / \_\_\_\_\_ تاريخ الوصول: \_\_\_\_\_  
تاريخ انتهاء التمديد الحالي المعتمد \_\_\_\_\_ عدد المرافقين الرسميين المعتمدين: \_\_\_\_\_

بيانات المرافقين الأساسيين المعتمدين:

اسم المرافق الحالي المعتمد: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
الرقم الشخصي: \_\_\_\_\_  
الجنسية:  قطري  أخرى تذكر \_\_\_\_\_  
صلة القرابة بالمريض: \_\_\_\_\_ جهة العمل: \_\_\_\_\_  
اسم المرافق الثاني المعتمد ( ان وجد ) وبياناته: \_\_\_\_\_

بيانات المرافق المطلوب إضافته:

اسم المرافق المطلوب إضافته: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
الرقم الشخصي: \_\_\_\_\_  
الجنسية:  قطري  أخرى تذكر \_\_\_\_\_  
صلة القرابة بالمريض: \_\_\_\_\_  
الاسباب: \_\_\_\_\_  
رقم الجوال: \_\_\_\_\_  
المرافق الإضافي يحتاج خطاباً لجهة العمل:  نعم  لا  
اسم جهة العمل: \_\_\_\_\_ (في حال المرافق الإضافي يعمل بجهات عسكرية يرجى تزويدنا بكتاب عدم ممانعة من جهة العمل)

توقيع المريض أو مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

الملحق الطبي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

ادارة العلاقات الطبية والعلاج بالخارج - الإجراء / القرار:

موافقة  عدم الموافقة  أخرى

This information has been labelled as restricted to be accessed for MOPH users, partner vendors, etc.

