

وزارة التعليم
Ministry of Education
جامعة حفر الباطن
University of Hafer Albatin



المدينة:-----
City:-----
الفرع:-----
Branch:-----

الرقم الجامعي:.....
University ID:
الاسم :
Name:
العمر: يوم شهر سنة
Age : years Months Days
تاريخ الميلاد:...../...../.....H....../...../...../20.....
Date of Birth:...../...../.....H....../...../...../20.....
الجنسية :.....
Nationality:.....
القسم :.....
Department :.....

☐ Employee موظف ☐ طالب Student ☐ أنثى Female/ ☐ ذكر Male

نموذج إحالة مريض

		حالة المريض عند الإحالة
		الفحوصات السريرية
		ملخص التداخلات الطبية
		سبب الإحالة
		التشخيص بالعيادة
		وقت مباشرة الحالة
		المكان الذي تم نقل المريض له
		الدكتور المستلم
		مرافق المريض
		اسم المسعف

