

Place Patient ID Label Here



Dr Christiana Savvidou

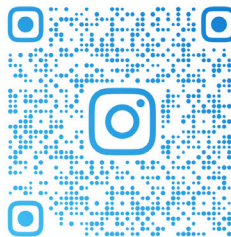
Orthopedic Hand Surgeon

استمارة تسجيل المريض

معلومات شخصية: (تملأ بمعرفة المريض)			
الاسم (الكامل)	سيد / آنسة / سيدة		
الجنسية	تاريخ الميلاد	الجنس	
	DD / MM / YYYY	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
هاتف (أرضي)	هاتف (جوال)		
البريد الإلكتروني (اختياري)	المهنة		
المدينة	الدولة		

في حال الضرورة يرجى الاتصال بـ:	
الاسم	درجة القرابة
هاتف	

موافقة على إعطاء معلومات طبية:	
<p>أتعهد بتزويدكم بأية معلومات طبية وغيرها في حالة الطوارئ وذلك لغايات العلاج، الدفع، والعمليات الجراحية وما ينص عليه القانون.</p> <p>وأقر بأن المعلومات المقدمة من قبلي في هذه الوثيقة دقيقة وصحيحة.</p>	
توقيع المريض :	التاريخ :
.....
الوقت :



DRCHRISTIANASAVVIDOU