

بيانات المريض والتاريخ المرضي

يُملأ قبل الزيارة الأولى. ما تكتبه يبقى في ملفك لدى العيادة.

للاستخدام الداخلي: رقم الملف

التاريخ

بياناتك

الاسم الكامل

تاريخ الميلاد

رقم الهوية أو الإقامة

الجنسية

الجوال

واتساب إن اختلف

البريد الإلكتروني

المدينة والحي

الجنس ☐ ذكر ☐ أنثىاللغة المفضلة ☐ العربية ☐ الإنجليزية ☐ أخرى

شخص نتصل به في الطوارئ

الاسم

صلة القرابة

الجوال

التأمين

هل لديك تأمين؟ ☐ نعم ☐ لا، الدفع نقدًا

شركة التأمين

رقم البوليصة

رقم العضوية

الفترة

تاريخ الانتهاء

جهة العمل

كيف عرفت عنا؟

☐ بحث Google☐ خرائط Google☐ إنستغرام☐ سناپ شات☐ تيك توك☐ صديق أو قريب☐ تحويل من طبيب☐ شركة التأمين☐ أخرى:

سبب الزيارة

ما الذي يزعجك؟

منذ متى؟ هل راجعت طبيبًا بسببه؟

التاريخ المرضي

ضع علامة على كل ما ينطبق عليك.

☐ السكري☐ ارتفاع ضغط الدم☐ أمراض القلب☐ الربو أو أمراض الصدر☐ الغدة الدرقية☐ أمراض الكلى☐ أمراض الكبد☐ الصرع أو التشنجات☐ سيولة الدم أو النزيف☐ السرطان☐ حالة نفسية☐ أخرى:

العمليات الجراحية

عمليات جراحية سابقة	السنة	عمليات جراحية سابقة	السنة

الأدوية الحالية

اسم الدواء	الجرعة	كم مرة	منذ متى

الحساسية

النوع	ما الذي يسبب الحساسية	ماذا يحدث لك
أدوية		
أطعمة		
لاتكس (مطاط طبي)		
أخرى		

التاريخ العائلي

☐ السكري	☐ ضغط الدم	☐ أمراض القلب
☐ السرطان	☐ أمراض وراثية	☐ أخرى:

نمط الحياة

☐ التدخين (منه الشيعة والسجائر الإلكترونية)	☐ لا أدخن	☐ سابقاً	☐ حالياً
☐ الكحول	☐ لا	☐ أحياناً	☐ بانتظام
☐ للسيدات: هل أنت حامل؟	☐ نعم	☐ لا	☐ غير متأكدة
☐ هل ترضعين حالياً؟	☐ نعم	☐ لا	

التواصل والخصوصية

☐ أوافق على أن تتواصل معي العيادة عبر واتساب (مواعيد، تذكير، نتائج).
☐ أوافق على التواصل عبر الرسائل النصية SMS.
نُستخدم بياناتك لعلاجك وإدارة ملفك والفوترة والتأمين فقط، ولا نُشارك مع غيرها إلا بموافقتك أو بما يقتضيه النظام.
أقر بأن المعلومات أعلاه صحيحة بحسب علمي، وسأبلغ العيادة بأي تغيير.

توقيع المريض أو وليّه

صلة القرابة إن كان وليّاً

التاريخ

في ميديكولايز يُحفظ هذا المستند على ملف المريض: medicolize.com