



دَوْلَاتُ عُومَانِ
دَوْلَةُ صِحَّةِ عُومَانِ

دَوْلَةُ صِحَّةِ عُومَانِ
دَوْلَةُ صِحَّةِ عُومَانِ

معلومات شخصية	
الاسم:	رقم الهوية:
الجنس:	رقم الهاتف:

معلومات طبية				
رقم المريض	الاسم	العنوان	المرض	التاريخ
				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7
				8
				9
				10

أنا، الطبيب/الطبيبة، أقر بأن المريض قد تم فحصه في العيادة/المركز الطبي المذكور في التاريخ المذكور أعلاه، وذلك وفقًا للمعايير الطبية المعمول بها في سلطنة عُمان.

التاريخ:
 الموقع:

معلومات إضافية	
1. التاريخ:	
2. الموقع:	

معلومات إضافية	
1. التاريخ:	
2. الموقع:	
3. التاريخ:	

معلومات إضافية	
1. التاريخ:	
2. الموقع:	
3. التاريخ:	
4. الموقع:	
5. التاريخ:	
6. الموقع:	

معلومات إضافية				
رقم المريض	الاسم	العنوان	المرض	التاريخ



