بسم الله الرحمن الرحيم

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
AS'AD AL-HAMAD
DERMATOLOGY CENTER
AL-SABAH HOSPITAL

دولة الكويت
وزارة الصحة
مركز أسعد الحمد للأمراض الجلدية
مستشفى الصباح

طلب سحب ملف مريض من الاستقبال

- اسم المريض : .....
- رقم الملف : .....

- اسم الطبيب : .....
- مكان عمله : العيادات الخارجية .....
  العلاج الضوئى .....
  الليزر .....
  الباثولوجى .....
  الفطريات .....
  المناعة .....
  جراحة الجلد .....
  تصويب الجلد .....
  التصوير الطبى .....

- تاريخ سحب الملف : .....
- التاريخ المتوقع لإرجاع الملف : .....

اسم الطبيب : .....
التوقيع : .....
الختم : .....

اسم الكاتب/الكاتبة : .....
التوقيع : .....
التاريخ : .....

اعتماد مسئولة السجلات الطبية: .....