



مؤسسة حمد الطبية  
Hamad Medical Corporation

صحة • تعليم • بحوث HEALTH • EDUCATION • RESEARCH

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية  
PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION

HC NUMBER: HC08783209  
NAME: MEESHA NOUMAN KHAN  
NATIONALITY: Pakistani  
DOB: 28/04/2015  
GENDER: Female  
HC Expiry:

1. Medical Records No. \_\_\_\_\_ رقم الملف الطبي: \_\_\_\_\_

Women's Hospital No. \_\_\_\_\_ رقم مستشفى النساء: \_\_\_\_\_

2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_ رقم المركز الصحي: \_\_\_\_\_

3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_ رمز المركز الصحي: \_\_\_\_\_

4. Full Name \_\_\_\_\_ الاسم بالكامل: \_\_\_\_\_  
الأول الأب الجد العائلة

5. Date of Birth \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
First Father G. Father Family  
Day Month Year اليوم الشهر السنة

6. Age \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_  
Blood Group \_\_\_\_\_ فصيلة الدم

7. Nationality \_\_\_\_\_ 8. Sex \_\_\_\_\_ الجنس: \_\_\_\_\_ الجنسية

9. Marital Status \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية: \_\_\_\_\_

10. Work Address \_\_\_\_\_ عنوان العمل: \_\_\_\_\_

11. Home Address \_\_\_\_\_ عنوان المنزل: \_\_\_\_\_

12. Home Telephone \_\_\_\_\_ Office Tel \_\_\_\_\_ تلفون المنزل: \_\_\_\_\_ تلفون العمل: \_\_\_\_\_

13. Name & Address of Next of Kin \_\_\_\_\_ اسم وعنوان أقرب المقربين: \_\_\_\_\_

14. Next of kin Telephone \_\_\_\_\_ تلفون أقرب شخص إليك: \_\_\_\_\_

15. Name & Address of Sponsor/Employer \_\_\_\_\_ اسم وعنوان الكفيل: \_\_\_\_\_

16. ID Number \_\_\_\_\_ رقم البطاقة الشخصية: \_\_\_\_\_

17. Visa Status (Resident/Visitor): \_\_\_\_\_ نوع الإقامة: (مقيم/زائر)

Applicant's Signature \_\_\_\_\_ توقيع صاحب الطلب:

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF \_\_\_\_\_ EXPIRY DATE \_\_\_\_\_ RECEIPT QR 100

LOCATION 23.1.2024 FEES \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_