

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC08681703  
NAME : NAIHA NADEEM  
NATIONALITY : Pakistani  
DOB : 15/10/2017  
GENDER : Female  
HC Expiry :



1. Medical Records No. \_\_\_\_\_ ١ - رقم الملف الطبي :

Women's Hospital No. \_\_\_\_\_ ٢ - رقم مستشفى النساء :

2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_ ٢ - رقم المركز الصحي :

3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_ ٣ - رمز المركز الصحي :

العائلة الجد الأب الأول

4. Full Name \_\_\_\_\_ ٤ - الاسم بالكامل :

First Father G. Father Family

5. Date of Birth \_\_\_\_\_ ٥ - تاريخ الميلاد

Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age \_\_\_\_\_ Blood Group \_\_\_\_\_ فصيلة الدم \_\_\_\_\_ ٦ - العمر

7. Nationality \_\_\_\_\_ 8. Sex \_\_\_\_\_ الجنس : \_\_\_\_\_ ٧ - الجنسية ٨

9. Marital Status \_\_\_\_\_ ٩ - الحالة الاجتماعية

10. Work Address \_\_\_\_\_ ١٠ - عنوان العمل :

11. Home Address \_\_\_\_\_ ١١ - عنوان المنزل :

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

13. Name & Address of Next of Kin \_\_\_\_\_ ١٣ - اسم وعنوان أقرب المقربين :

14. Next of kin Telephone \_\_\_\_\_ ١٤ - تلفون أقرب شخص إليك :

15. Name & Address of Sponsor/Employer \_\_\_\_\_ ١٥ - اسم وعنوان الكفيل :

16. ID Number \_\_\_\_\_ ١٦ - رقم البطاقة الشخصية

17. Visa Status (Resident/Visitor): \_\_\_\_\_ ١٧ - نوع الإقامة : (مقيم / زائر)

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

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF \_\_\_\_\_ EXPIRY DATE \_\_\_\_\_ RECEIPT \_\_\_\_\_

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

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

مؤسسة حمد الطبية  
Hamad Medical Corporation

HEALTH • EDUCATION • RESEARCH صحة • تعليم • بحوث

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية  
PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT  
طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION

Medical Records No. \_\_\_\_\_

Women's Hospital No. \_\_\_\_\_

Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_

Health Centre Code No. \_\_\_\_\_



HC NUMBER: HC08681703

NAME : NAIHA NADEEM

NATIONALITY : Pakistani

DOB : 15/10/2017

GENDER : Female

HC Expiry : \_\_\_\_\_



١ - رقم الملف الطبي :

رقم مستشفى النساء :

٢ - رقم المركز الصحي :

٣ - رمز المركز الصحي :