



دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC08681695
NAME : UMAIMAH NADEEM
NATIONALITY : Pakistani
DOB : 15/12/2015
GENDER : Female
HC Expiry :



1. Medical Records No. _____ رقم الملف الطبي : ١
Women's Hospital No. _____ رقم مستشفى النساء :
2. Primary Health Centre No. _____ رقم المركز الصحي : ٢
3. Health Centre Code No. _____ رمز المركز الصحي : ٢

الأول الأب الجد العائنة

4. Full Name _____ الاسم بالكامل : ٤

First Father G. Father Family

5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد : ٥

Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age _____ Blood Group _____ فصيلة الدم : ٦

7. Nationality _____ 8. Sex _____ الجنس : ٨ - ٧

9. Marital Status _____ الحالة الاجتماعية : ٩

10. Work Address _____ عنوان العمل : ١٠

11. Home Address _____ عنوان المنزل : ١١

12. Home Telephone _____ Office Tel _____ تلفون المنزل : تلفون العمل : ١٢

13. Name & Address of Next of Kin _____ اسم وعنوان أقرب المقربين : ١٣

14. Next of kin Telephone _____ تلفون أقرب شخص إليك : ١٤

15. Name & Address of Sponsor/Employer _____ اسم وعنوان الكفيل : ١٥

16. ID Number _____ رقم البطاقة الشخصية : ١٦

17. Visa Status (Resident/Visitor): _____ نوع الإقامة : (مقيم / زائر) : ١٧

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. _____

العائلة

الجد

الأب

الأول

4. Full Name

First

Father

G. Father

Family



HC NUMBER: HC08681695

NAME : UMAIMAH NADEEM

NATIONALITY : Pakistani

DOB : 15/12/2015

GENDER : Female

HC Expiry :



78