

وزارة الصحة  
مستشفى الامير فيصل بن الحسين  
نموذج تحويل المريض لمستشفى اخر

التاريخ / /

قسم / عيادة:

الى مستشفى:

محول من عيادة/قسم:

اسم المريض:	الجنس:	العمر:
رقم بطاقة التأمين الصحي:	تاريخ الاصدار:	صالحة لغاية:
نوع التأمين:	مشترك	منتفع
		الدائرة:

التشخيص:		
سبب التحويل:		
الحالة المرضية:		
الفحوصات المخبرية والشعاعية:		
الاجراءات:		
المدة:	مرة واحدة	ثلاثة شهور
حالة المريض عند التحويل	مستقرة	غير مستقرة
الفحوصات المطلوبة:		
الشخص الذي تم التنسيق معه:		

مصدق مدير المستشفى

توقيع رئيس القسم

توقيع الطبيب