

 <b>PATIENT REGISTRATION</b> استمارة التسجيل	<b>CONTROLLED DOCUMENT</b>	
	Document No:	Form - ADM - 03
	Effective Date:	November 2016
	Revision Date:	
	Version:	1

PERSONAL DATA			
<b>First Name:</b> الإسم الأول		<b>Last Name:</b> اسم العائلة	
<b>Marital Status:</b> الحالة الاجتماعية	<input type="checkbox"/> Single / أعزب <input type="checkbox"/> Married / متزوج	<b>Gender:</b> الجنس	<input type="checkbox"/> Male / ذكر <input type="checkbox"/> Female / أنثى
<b>Nationality:</b> الجنسية		<b>Date of Birth:</b> تاريخ الميلاد	
<b>Address:</b> العنوان		<b>Email:</b> البريد الإلكتروني	
		<b>Telephone:</b> رقم هاتف المنزل	
		<b>Mobile:</b> رقم الهاتف المتحرك	
<b>P. O. Box:</b> صندوق البريد		<b>Referred by:</b> التحويل تم عن طريق	

CONTACT PERSON IN CASE OF EMERGENCY الشخص المطلوب الإتصال به في حالة الطوارئ			
<b>Name:</b> الاسم		<b>Relationship:</b> صلة القرابة	
<b>Mobile:</b> رقم الهاتف المتحرك			

PAYMENT METHOD طريقة الدفع			
<input type="checkbox"/> Insurance / التأمين <input type="checkbox"/> Cash / نقداً			
<b>Name:</b> الاسم		<b>Date and Time:</b> التاريخ والتوقيت	
<b>Patient Signature:</b> توقيع المريض		<b>Receptionist Signature:</b> توقيع موظف الاستقبال	



CCTV



No pets allowed

Silent mobile  
phones

No smoking



Wi-Fi

Please arrive 15  
minutes before  
your appointment