

	Patient Registration استمارة التسجيل	Document Ref No.	ACDC- EMR-01- Form 3
		Effective Date	15 th January 2023
		Version	11
Document Owner	Medical Records		

PERSONAL DATA

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

CONTACT PERSON IN CASE OF EMERGENCY

الشخص المطلوب الإتصال به في حالة الطوارئ

Name: الاسم		Relationship: صلة القرابة	
Mobile: رقم الهاتف المتحرك			

PAYMENT METHOD

طريقة الدفع

 Insurance / التأمين Cash / نقداً

Name: الاسم		Date and Time: التاريخ والتوقيت	
Patient Signature: توقيع المريض		Receptionist Signature: توقيع موظف الاستقبال	