

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

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



CCTV



No pets allowed



Silent mobile phones



No smoking



Wi-Fi



Please arrive 15 minutes before your appointment