Patient's	Addressograph	

مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث

KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE

ولتقليل زمن انتظارك قدر ا	لامكان ، نأمل م	نك تعيئة هذا النم	النمو ذج حتى نتمك	نتمكن من استكمال المعلو	له مات في ملفك الطب
اسم الأب:	- C C F	اسم الجد:		اسم العائلة:	ردد دي دي.
مكان الميلاد:	السن:	الجنس:		الحالة الاجتماعية:	ً أرمل أمطلق
تاريخ الإصدار:		مكان الإصدار:		الجنسية:	
هاتف المنزل:		الهاتف	هاتف النقال:		فاک <i>س</i> :
هاتف العمل:		تحويلا	ويلة: البري	البريد الإلكتروني:	
.5 11			- ti	11 - 11	
المدينه:			الام	الرمز البريدي:	
التخصّصي ومركز الأبحاث؟ 🗌	نعم 🔲 لا	إذا كانت الإجابة نه	ا بة نعم ، ما هو رقم الما	قم الملف:	
.ئ:					
صلة القرابة:		المدينة:	الهاتد	الهاتف النقال:	هاتف المنزل:
صلة القرابة:		المدينة:	الهاتد	الهاتف النقال:	هاتف المنزل:
<u> </u>					
مركز الأبحاث (مؤسسة عا	مة) يقدم أعلى	سىتوى من الرع	رعاية الصحية الم	ة المتخصصة في بيئة ته	عليمية بحثية متكاملة.
دفتر العائلة للسعوديين ،أو	جواز السفر/ ا	إقامة لغير السعو	سعوديين لتسهيل	لهيل استكمال إجراءات ف	فتح الملف.
<u> : </u>					
الشخص المسئول عن تقييم حالتي	ي الصحية ويحق ل	، إخراجي من المستن	سحون بها عند الضرو مستشفى أو إحالتي مز	لضرورة. ني من جناح إلى جناح آخر أو	و نقلي إلى أي مستشفى أو مركز طبي حسب
~1. 11C 1. 9 (100A) 111 9 (111				at the tento	
ظفيه مؤتمنون على خصوصيات معلومات كافية حول الفوائد والأ	المرضى وأسرار خطار المترتبة عل	ى هذا العلاج أو الفح	الفحوصات الطبية وا	ية والمخبرية وذلك كشرط لما	ت الطبية المتعلقة بحالة أي مريض. منح الموافقة على العلاج.
ظفيه مؤتمنون على خصوصيات معلومات كافية حول الفوائد والأ ع النقود والأشياء الثمينة والمقتنيا	المرضى وأسرار خطار المترتبة على ت الشخصية لديه،	، هذا العلاج أو الفح ولن يتحمل المستشف	الفحوصات الطبية وال تشفى مسئولية ضياع	ية والمخبرية وذلك كشرط لما ضياع أو تلف أي أشياء ثمينة	منح الموافقة على العلاج. ن أو أغراض شخصية ما لم يتم إيداعها للحفظ
طفيه مؤتمنون على خصوصيات معلومات كافية حول الفوائد والأ ع النقود والأشياء الثمينة والمقتنيا، الخدمات التي يقدمها لي المستشف نضائية المختصة ومحاكم المملكا ال الخاصة بي لأي طرف ثالث ه	المرضى وأسرار خطار المترتبة عا ت الشخصية لديه، ى التي لا تقدم من ة صلاحية الاختص مُختص لاستخدامه	هذا العلاج أو الفد ولن يتحمل المستشف غير مقابل حسب أنذ ض في الفصل في أ في تقييم مستوى ره	الفحوصات الطبية وا تتشفى مسئولية ضياع انظمة المستشفى بم في أي نزاع قد ينشأ ، رضا المرضى، وذلا	ية والمخبرية وذلك كشرط لما ضياع أو تلف أي أشياء ثمينة لى بما فيها أية نفقات لا يقبلها ينشأ عن عدم إلتزامي بتسديد ، وذلك من خلال الإجابة على	منح الموافقة على العلاج. أو أغراض شخصية ما لم يتم إيداعها للحفظ ا الكفيل أو الجهة المحولة.
طفيه مؤتمنون على خصوصيات معلومات كافية حول الفوائد والأ ع النقود والأشياء الثمينة والمقتنيا، الخدمات التي يقدمها لي المستشف نضائية المختصة ومحاكم المملكا	المرضى وأسرار أخطار المترتبة عا أخطار المترتبة عا ألتيه التيه ألتي التقدم من أختص لاستخدامه أختص لاستخدامه التأكيد على نظراً المنطراً الم	هذا العلاج أو الفح ولن يتحمل المستشف غير مقابل حسب أنف ض في الفصل في أ في تقييم مستوى رم أن كل معلوماتك الن	الفحوصات الطبية وا تشفى مسئولية ضياع انظمة المستشفى بم في أي نزاع قد ينشأ ، رضا المرضى، وذلا ك الشخصية ستبقى سر سنّه لا تسمح له بإعطاء	ية والمخبرية وذلك كشرط لما ضياع أو تلف أي أشياء ثمينة لى بما فيها أية نفقات لا يقبلها ينشأ عن عدم إلتزامي بتسديد ، وذلك من خلال الإجابة على تى سرية.	منح الموافقة على العلاج. أو أغراض شخصية ما لم يتم إيداعها للحفظ ا الكفيل أو الجهة المحولة. المبالغ المستحقة.
طفيه مؤتمنون على خصوصيات معلومات كافية حول الفوائد والأ ع النقود والأشياء الثمينة والمقتنيا، الخدمات التي يقدمها لي المستشف نضائية المختصة ومحاكم المملكا ال الخاصة بي لأي طرف ثالث ه	المرضى وأسرار المترتبة عاد الشخصية لديه، عاد التي لا تقدم من التي لا تقدم من أختص المتخدامه أختص مع التأكيد على التلكيد على التلكيد على الشارة السمه السمه السمه السمه السمه السمه المسمه السمه المسمه المسم	هذا العلاج أو الفحر ولن يتحمل المستشف غير مقابل حسب أنف ض في الفصل في أ في تقييم مستوى رم أن كل معلوماتك النا ن حالة المريض أو سنًا إلذي أعطى موافقته على	الفحوصات الطبية وا نتشفى مسئولية ضياع في أي نزاع قد ينشأ ، رضا المرضى، وذلا ك الشخصية ستبقى سو سنّه لا تسمح له بإعطاء ته على العلاج	ية والمخبرية وذلك كشرط لما ضياع أو تلف أي أشياء ثمينة لى بما فيها أية نفقات لا يقبلها ينشأ عن عدم إلتزامي بتسديد ، وذلك من خلال الإجابة على تى سرية.	منح الموافقة على العلاج. أو أغراض شخصية ما لم يتم إيداعها للحفظ ا الكفيل أو الجهة المحولة. المبالغ المستحقة. ل الاستبيان الذي سيتم إرساله عبر ح المعلومات الواردة أعلاه لقريبه المسئول التالي
طفيه مؤتمنون على خصوصيات معلومات كافية حول الفوائد والأ ع النقود والأشياء الثمينة والمقتنيا، الخدمات التي يقدمها لي المستشف نضائية المختصة ومحاكم المملكا ال الخاصة بي لأي طرف ثالث ه	المرضى وأسرار المترتبة عا خطار المترتبة عا ت الشخصية لديه، التي التقدم من التحدامية الاختصات مع التأكيد على الشرأ السمال السمال	هذا العلاج أو الفح ولن يتحمل المستشف غير مقابل حسب أنف ض في الفصل في أ في تقييم مستوى رم أن كل معلوماتك النا ن حالة المريض أو سنا ربب:	الفحوصات الطبية وا نتشفى مسئولية ضياع في أي نزاع قد ينشأ ، رضا المرضى، وذلا ك الشخصية ستبقى سو سنّه لا تسمح له بإعطاء ته على العلاج	ية والمخبرية وذلك كشرط لما ضياع أو تلف أي أشياء ثمينة ى بما فيها أية نفقات لا يقبلها ينشأ عن عدم إلتزامي بتسديد وذلك من خلال الإجابة على تى سرية. إعطاء موافقة عن علم فقد تم شر-	منح الموافقة على العلاج. أو أغراض شخصية ما لم يتم إيداعها للحفظ ا الكفيل أو الجهة المحولة. المبالغ المستحقة. ل الاستبيان الذي سيتم إرساله عبر ح المعلومات الواردة أعلاه لقريبه المسئول التالي
ر ا	اسم الأب: مكان الميلاد: ما تاريخ الإصدار: ماتف المنزل: ماتف العمل: ماتخصصي ومركز الأبحاث؟ □ صلة القرابة: مركز الأبحاث (مؤسسة عالم المنزلة المعوديين ،أو من بإعطائي العلاج الطبي وإجائية الشخص المسئول عن تقييم حالته الشخص المسئول عن تقييم حالته الشخص المسئول عن تقييم حالته	اسم الأب: مكان الميلاد: تاريخ الإصدار: هاتف المنزل: هاتف العمل: المدينة: صلة القرابة: صلة القرابة: صلة القرابة: مؤتر العائلة للسعوديين ،أو جواز السفر/ الأمنين بإعطائي العلاج الطبي وإجراء الفحوص التشاشخص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق له ربيين قد يساهمون في رعايتي تحت الاشراف الطبي	اسم الأب: الميلاد: البن الجنس: الجنس: مكان الميلاد: الإصدار: مكان الإصدار: مكان الإصدار: مكان الإصدار: اللهاتف العمل: المدينة: المدينة: المدينة: صلة القرابة: المدينة: المدينة القرابة: المدينة القرابة: المدينة القرابة: المدينة القرابة: المدينة القرابة: المدينة القرابة المعوديين ،أو جواز السفر/ الإقامة لغير المدين بإعطائي العلاج الطبي وإجراء الفحوص التشخيصية التي ينص الشخص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق له إخراجي من المشخص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق له إخراجي من الم	اسم الأب: الجنس: الجنس: الجنس: النقل الميلاد: السن: الجنس: الجنس: النقل الميلاد: السن: البنس: البنت الإصدار: مكان الإصدار: مكان الإصدار: ما ما المدينة: المدينة: المدينة: صلة القرابة: المدينة: المدينة المسعوديين ،أو جواز السفر/ الإقامة لغير السعوديين. لتسكمين بإعطائي العلاج الطبي وإجراء الفحوص التشخيصية التي ينصحون بها عند الشخص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق له إخراجي من المستشفى أو إحاث الشخص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق له إخراجي من المستشفى أو إحاث الشخص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق له إخراجي من المستشفى أو إحاث الشخص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق له إخراجي من المستشفى أو إحاث المدينة قييم حالتي الصحية ويحق له إخراجي من المستشفى أو إحاث المدينة قييم حالتي الصحية ويحق له إخراجي من المستشفى أو إحاث المدينة قييم حالتي الصحية ويحق المدينة المدينة المدينة المدينة المدينة المدينة ويصور التشخيص من المستشفى أو إحاث المدينة ويحق المدينة ويصور المستشفى أو إحاث المدينة ويصور التشخيص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق المدينة المدينة المدينة ويحق المدينة ويحق المدينة ويحق المدينة المدينة ويصور التشخيص المسئول عن تقييم حالتي الصحية ويحق المدينة المدينة المدينة ويصور المستشفى أو إحاث المدينة ويصور التشخير المدينة المدينة ويصور المدينة و	مكان الميلاد: السن: الجنس: الجنس: الحالة الاجتماعية: الريخ الإصدار: الجنسية: الجنسية: الجنسية: الجنسية: المتف المنزل: الماتف النقال: الموينة: البريد الإلكتروني: المدينة: البريد الإلكتروني: المدينة: الرمز البريدي: المدينة: المدينة: المدينة: المدينة: المدينة: المدينة: المدينة: الماتف النقال: صلة القرابة: المدينة: المدينة: المدينة المتخصصة في بيئة توم ركز الأبحاث (مؤسسة عامة) يقدم أعلى مستوى من الرعاية الصحية المتخصصة في بيئة توم دفتر العائلة للسعوديين ،أو جواز السفر/ الإقامة لغير السعوديين. لتسهيل استكمال إجراءات دفتر العائلة للسعوديين ،أو جواز السفر/ الإقامة لغير السعوديين. لتسهيل استكمال إجراءات إلى المدينة المستوديين المستحدال المدينة المستحدال المؤلمة الغير المستحدال المدينة المدينة المستحدال المدينة ال

Patient	's Addressograph

مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث

KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE

n	٨	D	D	٨	TI	N	т

To enable us to provide the best services and reduce the waiting time to the minimum extent possible, you are kindly requested to complete this form in order to help us finalize the necessary data in your medical record:

First Name: Father's Name		liddle Name [.]	Grandfather's Name:		Family Name:		
	T durier o Harrion	iliadio Hamo.	Grandianor o Marrio.		l anning rea		
Date of Birth (dd mm yyyy):	Place of Birth:	Age:	Sex:		Marital Sta	atus:	
			□Male □Female		□Single □	☐Married ☐\	Widowed □ Divorced
National I.D./Passport No./Iqa	ıma No.:	Date Issue:	Place of Issue:		Nationality	r:	
Mother's Name:	Home No.:		Mobile No.:			Fax:	
Business Address:	Isiness Address: Business Phone No.:			E-m	-mail Address:		
P.O. Box:	City:			Code:			
Do you have an existing recor	rd at King Faisal Spec	ialist Hospital & Rese	earch Centre:	⁄es	□ No	If yes, prov	ride number:
RELATIVES TO CONTACT IN	N CASE OF EMERGE	NCY:					
(1) Name:		Relationship:	City:	Mobi	Mobile No.:		Home No.:
(2) Name:		Relationship:	City:	Mobi	Mobile No.:		Home No.:
educational and research se							
CONSENT FOR GENERAL TE I hereby authorize the Hosp I understand that the treatin discharge or referral and tra I understand that supervised I understand that the Hospit be guarded carefully. All reasonable attempts hav treatment or investigations i I understand that the Hospit personal property or valuabl I accept responsibility for all accepted by the guarantor of I agree that the authorized of I grant permission for my pe	REATMENT: bital's Authorized Pers g physician is the per ansfer from ward to wa d medical students/tra tal and its employees we been made to provi in order to permit infor ital will accept for safe all charges for hospital or by the referring age competent judicial aut ersonal contact details	onnel to administer mean concerned for the ard or to any other he inees, may be involved the private de me and/or my guarmed consent. Reeping money, valuation with the Hospital for services, that are not not, to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and kingdom to be shared with a few services and	cy of patients at all times and ordian with sufficient informati orbles and personal property b	n diagno condition medica the con- tion conc out they er hospit oute in co- solely fo	n and he/sh al condition. fidentiality of erning the bashall not be tal policy, in connection we or the purpo	e will have the will have the function of their medic penefits and liable for loss cluding any of the such accesses of asses	ne right for my cal information shall risks of the as or damage to any charges not ounts. ssing patient
CONSENT FOR GENERAL TE I hereby authorize the Hosp I understand that the treatin discharge or referral and tra I understand that supervised I understand that the Hospit be guarded carefully. All reasonable attempts hav treatment or investigations i I understand that the Hospit personal property or valuable I accept responsibility for all accepted by the guarantor of I agree that the authorized of I grant permission for my pe satisfaction by responding to kept confidential.	REATMENT: bital's Authorized Pers g physician is the per ansfer from ward to wa d medical students/tra tal and its employees we been made to provi in order to permit infor tal will accept for safe les, unless deposited or by the referring age competent judicial aut ersonal contact details o the survey that shal	onnel to administer mean concerned for the ard or to any other he inees, may be involved the private de me and/or my guarmed consent. Reeping money, valuation with the Hospital for services, that are not not, to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and kingdom to be shared with a few services and	nedical treatment and performed assessment of my medical alth care facility based on myed in my care. By of patients at all times and ardian with sufficient informations and personal property besidekeeping. Provided free of charge as performed in the party business affiliates,	n diagno condition medical the condition conclusion con	n and he/sh al condition. fidentiality of erning the bashall not be tal policy, in connection woor the purpo understance reasonably paion has been	e will have the will have the their medic penefits and liable for los cluding any dith such accesses of assesting that all increctudes the explained to	ne right for my sal information shall risks of the as or damage to any charges not ounts. ssing patient oformation shall be ability to grant
CONSENT FOR GENERAL TE I hereby authorize the Hosp I understand that the treatin discharge or referral and tra I understand that supervised I understand that the Hospit be guarded carefully. All reasonable attempts hav treatment or investigations i I understand that the Hospit personal property or valuable I accept responsibility for all accepted by the guarantor of I agree that the authorized of I grant permission for my pe satisfaction by responding to	REATMENT: bital's Authorized Pers g physician is the per ansfer from ward to wa d medical students/tra tal and its employees we been made to provi in order to permit infor tal will accept for safe les, unless deposited or by the referring age competent judicial aut ersonal contact details o the survey that shal	onnel to administer mean concerned for the ard or to any other he inees, may be involved the private de me and/or my guarmed consent. Reeping money, valuation with the Hospital for services, that are not not, to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and kingdom to be shared with a few services and	nedical treatment and performe assessment of my medical of alth care facility based on my ed in my care. By of patients at all times and ordina with sufficient information ables and personal property be afekeeping. Provided free of charge as performed by the party business affiliates, to an SMS or a phone call.	n diagno condition medical the condition conclusion con	n and he/sh al condition. fidentiality of erning the bashall not be tal policy, in connection woor the purpo understance reasonably paion has been	e will have the will have the their medic penefits and liable for los cluding any dith such accesses of assesting that all intercludes the explained to rized:	risks of the as or damage to any charges not counts. Sing patient information shall be ability to grant the following
CONSENT FOR GENERAL TE I hereby authorize the Hosp I understand that the treatin discharge or referral and tra I understand that supervised I understand that the Hospit be guarded carefully. All reasonable attempts hav treatment or investigations i I understand that the Hospit personal property or valuabl I accept responsibility for all accepted by the guarantor of I agree that the authorized of I grant permission for my pe satisfaction by responding to kept confidential. Printed Names and Signature	REATMENT: bital's Authorized Pers g physician is the per ansfer from ward to wa d medical students/tra tal and its employees we been made to provi in order to permit infor tal will accept for safe les, unless deposited or by the referring age competent judicial aut ersonal contact details o the survey that shal	onnel to administer mean concerned for the ard or to any other he inees, may be involved the private de me and/or my guarmed consent. Reeping money, valuation with the Hospital for services, that are not not, to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and Kingdom to be shared with a few services and kingdom to be shared with a few services and	nedical treatment and performe assessment of my medical alth care facility based on my ed in my care. by of patients at all times and ardian with sufficient information ables and personal property be safekeeping. provided free of charge as performed by the party business affiliates, to via an SMS or a phone call. In case the patient's condition informed consent, the above responsible relative and treating assessment of the party and treating the party business affiliates, the patient's condition informed consent, the above responsible relative and treating assessment of the patient's condition informed consent, the above responsible relative and treating assessment of the patient's condition informed consent, the above responsible relative and treating assessment of the patient's assessment of the patient's condition informed consent, the above responsible relative and treating assessment of the patient's condition informed consent, the above responsible relative and treating as the patient's condition informed consent, the above in the patient's condition informed consent.	n diagno condition medical the condition concount they er hospit oute in consolely for with the	n and he/sh al condition. fidentiality of erning the bashall not be tal policy, in connection woor the purpo understance reasonably paion has been	e will have the will have the their medic penefits and liable for los cluding any dith such accesses of assesting that all increctudes the explained to	risks of the as or damage to any charges not counts. Sing patient information shall be ability to grant the following