

	التاريخ:	مطالبة شهر	اسم المستشفى / المركز :																																																						
البيانات الشخصية	اسم المريض / ة :																																																								
	الجنسية :																																																								
	رقم الهوية / الإقامة:																																																								
			تاريخ الإنتهاء:																																																						
			رقم الجوال :																																																						
جدول يوضح تاريخ إجراء جلسات الغسيل الدموي التي يتلقاها المريض / ة خلال الشهر الواحد ؟																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>م</th> <th>تاريخ إجراء جلسة الغسيل الدموي</th> <th>توقع المريض / ة</th> <th>م</th> <th>تاريخ إجراء جلسة الغسيل الدموي</th> <th>توقع المريض / ة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>١</td><td></td><td></td><td>٢</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>٣</td><td></td><td></td><td>٤</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>٥</td><td></td><td></td><td>٦</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>٧</td><td></td><td></td><td>٨</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>٩</td><td></td><td></td><td>١٠</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>١١</td><td></td><td></td><td>١٢</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>١٣</td><td></td><td></td><td>١٤</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>١٥</td><td></td><td></td><td>١٦</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				م	تاريخ إجراء جلسة الغسيل الدموي	توقع المريض / ة	م	تاريخ إجراء جلسة الغسيل الدموي	توقع المريض / ة	١			٢			٣			٤			٥			٦			٧			٨			٩			١٠			١١			١٢			١٣			١٤			١٥			١٦		
م	تاريخ إجراء جلسة الغسيل الدموي	توقع المريض / ة	م	تاريخ إجراء جلسة الغسيل الدموي	توقع المريض / ة																																																				
١			٢																																																						
٣			٤																																																						
٥			٦																																																						
٧			٨																																																						
٩			١٠																																																						
١١			١٢																																																						
١٣			١٤																																																						
١٥			١٦																																																						
عزيمي المريض / عزيزتي المريضة :																																																									
فضلاً قيم الخدمات الصحية الآتية من (١) إلى (٥) حيث أن الرقم (١) يعني <u>عدم الرضا</u> والرقم (٥) يعني <u>الرضا التام أو ممتاز</u>																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>٥</th> <th>٤</th> <th>٣</th> <th>٢</th> <th>١</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">مستوى الرضا عن تعامل الطاقم الإداري لدى المركز التي تقدم به الخدمة</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">مستوى الرضا عن جودة الخدمات وأجهزة الغسيل الدموي والخطة العلاجية المقدمة لك</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">الفترة الزمنية المستغرقة للعلاج</td> </tr> </tbody> </table>				٥	٤	٣	٢	١	مستوى الرضا عن تعامل الطاقم الإداري لدى المركز التي تقدم به الخدمة					مستوى الرضا عن جودة الخدمات وأجهزة الغسيل الدموي والخطة العلاجية المقدمة لك					الفترة الزمنية المستغرقة للعلاج																																						
٥	٤	٣	٢	١																																																					
مستوى الرضا عن تعامل الطاقم الإداري لدى المركز التي تقدم به الخدمة																																																									
مستوى الرضا عن جودة الخدمات وأجهزة الغسيل الدموي والخطة العلاجية المقدمة لك																																																									
الفترة الزمنية المستغرقة للعلاج																																																									
هل تتم مطالبتك بدفع أي مبالغ مالية ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا																																																									
في حال إجابتك بنعم اذكر المبلغ والسبب ؟																																																									
ملاحظات أخرى :																																																									
.....																																																									
لن يتم صرف أي مستحقات مالية (مطالبات لمركز الغسيل الكلوي) بدون :																																																									
<ul style="list-style-type: none"> • تعبئة المريض / ة للنموذج والتوقيع على الاستفادة من تقديم الخدمة لهم . • تقييم مستوى الخدمة المقدمة له / ها . 																																																									
ملاحظات																																																									