



## بيانات المريض

.....الاسم ثلاثي:

انثى

ذكر

النوع:

.....تاريخ الميلاد:

.....السن:

.....الجنسية:

.....رقم التليفون: .....الموبيل:

.....البريد الالكتروني:

.....الطبيب المعالج: (تحويل من طبيب)

لا

نعم

هل هذه اول زيارة للمنير:

.....كيف سمعت عن المنير:



## Patient Data

Full Name:.....

Gender:        M                                 F

Age:..... D.O.B.: .....

Nationality:.....

Tel:..... Mobile:.....

Email:.....

Referral From Dr.:.....

Is it your first visit to AlMouneer?

Y                                 N

How did you hear about us?.....