MPH2 -3
(Req- in Form)

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
مديرية العناية الطبية

طلب إستشفـــاء

الاسم الاول للمريض : ..... الشهرة : ..... إسم الاب: .....

تاريخ الولادة : --/--/----

حقل مخصص للمريض

رقم ملف المريض في الوزارة: .....

الجنسية : ..... رقم السجل : .....

قضاء محل الولادة : ..... محل الولادة : ..... المهنة : .....

قضاء محل الاقامة : ..... محل الاقامة: ..... الوظيفة الحالية : .....

عنوان السكن : القضاء : ..... محل السكن : ..... الهاتف : _ _/_ _ _ _ _ _ _ _/_ _

الشارع : ..... الملك : .....

سبب دخول المستشفى

(ICD 10)

التشخيص الاولي : .....

|__| |__|__| |__|

.....

الأعمال الطبية/ |__| |__|__| |__|

(جدول الأعمال الطبية/ الجراحية)

الجراحية المتوقعة : .....|__| |__| |__|__|__|__| |__|

.....|__| |__| |__|__|__|__| |__|

المدة المتوقعة للإستشفاء : ___ ___ ___ ___ يوماً

القسم الإستشفائي : ☐ جراحة عامة ☐ أمراض داخلية ☐ توليد ☐ أطفال ☐ غيره : (حدد) .....

التعريف بالطبيب المعالج

الإسم والشهرة : ..... رقم الانتساب إلى المنقابة : .....

الاختصاص : ..... هاتف العيادة : _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ / _ _

ختم وتوقيع الطبيب المعالج : في _ _ / _ _/ _ _ _ _

حقل مخصص لمركز الاستشفاء

تتعهد المستشفى بمعالجة المريض على نفقة الوزارة وبناءً لتعرفتها وحسب الاتفاقيات المبرمة معها. إنّ دخول المريض متوقع في _ _ / _ _/ _ _ _ _

ختم وتوقيع إدارة المستشفى : في _ _ / _ _/ _ _ _ _

حقل مخصص لوزارة الصحة

عدد الأيام الموافق عليها : .....

مع الموافقة

عدم الموافقة أسباب الرفض : .....

☐ LI
☐ MI
☐ HI
☐ N/A

ختم وتوقيع الطبيب المكلف في الوزارة : توقيع الموظف الإداري المكلف في الوزارة :

ختم وتوقيع الطبيب المراقب :

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
مديرية العناية الطبية

لا يقبل تسجيل الطلب ما لم تكن جميع المستندات الأساسية التالية مرفقة

-طلب إستشفاء أصلي + نسخة عنه

-تقرير طبي أصلي + نسخة عنه

-صورة عن هوية المريض أو اخراج قيد (عدد ٢)

-صورة عن هوية أو إخراج قيد مقدم طلب الإستشفاء *في حال عدم امكانية حضور المريض بنفسه*

الشروط المطلوبة

١- على المريض أن لا يكون منتسب إلى أية جهة ضامنة أو مستفيد من شركات الضمان الخاصة (Assurance).

٢- يعتبر حضور المريض الزامي وفي حال عدم تمكنه على احد افراد عائلته المقربين احضار الأوراق المطلوبة مع المستندات التي تثبت صلة القرابة.

٣- تعتبر المعاملة صالحة لمدة أسبوع تحدد بواسطة الطبيب المراقب والمعين من قبل وزارة الصحة وفي حال عدم دخول المريض تعتبر المعاملة ملغاة بعد يومين من تاريخ اصدارها.