# طلب نسخة من ملفي الطبي

## المرسِل

اللقب والاسم

العنوان الكامل

الهاتف

البريد الإلكتروني

تاريخ ميلاد المريض

رقم الملف أو رقم المريض

حُرّر في (المكان)

التاريخ

## المرسَل إليه

اسم المرسَل إليه أو المصلحة

عنوان المرسَل إليه

القسم أو الطبيب المعني

**الموضوع: طلب نسخة من ملفي الطبي**

تحية طيبة وبعد ،

أرجو التكرّم بموافاتي بنسخة من ملفي الطبي المحفوظ لدى مؤسستكم، وفق التفاصيل الواردة أدناه. وأرفقت نسخة من وثيقة هويتي لتمكينكم من التحقق من طلبي.

## الفترة والسبب

الفترة المعنية: من

إلى

سبب الطلب

### المستندات المطلوبة

- ☐ تقارير الاستشارات أو الإقامة في المستشفى أو العمليات
- ☐ الفحوص التصويرية وتقاريرها
- ☐ نتائج التحاليل
- ☐ الوصفات الطبية والعلاجات الموصوفة

### طريقة التسلّم المفضلة

- ☐ إرسالها بالبريد إلى عنواني
- ☐ الاستلام في المقر مقابل إبراز وثيقة هويتي
- ☐ إرسالها بوسيلة إلكترونية آمنة
- ☐ نسخة من وثيقة هويتي مرفقة

أرجو الرد قبل تاريخ

أرجو أن تفيدوني بأي تكاليف للنسخ أو الإرسال قبل معالجة طلبي، وبأي إجراءات إضافية عليّ القيام بها. البيانات المطلوبة شخصية، لذا أرجو إرسالها بطريقة آمنة.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير.

المرفقات

### طريقة الإرسال

- ☐ رسالة مضمونة مع إشعار بالاستلام (أو ما يعادلها)
- ☐ تسليم باليد مقابل وصل استلام
- ☐ طريقة أخرى

**التوقيع**

الاسم الكامل بالحروف