

- ٢ - نوع العجز :
(صف المضاعفات فى حال وجودها)
.....
- ٣ - إذا كانت ناتجة عن الحمل ، ما هو تقريباً تاريخ بدء الحمل ؟
.....
- ٤ - التاريخ الطبى للعجز
.....
- ٥ - هل عانى المريض فى السابق من نفس الحالة ؟
لا نعم
إذا "نعم" أذكر التاريخ وصف الحالة
.....
- ٦ - إسم الطبيب السابق و عنوانه
.....
- ٧ - أعط وصفاً كاملاً نوع العملية الجراحية أو التوليدية
.....
الأجرة عن هذه العملية
تاريخ إجرائها
أين أجريت
.....
- ٨ - تواريخ المعالجة : العيادة
أجرة الزيارة
البيت
أجرة الزيارة
المستشفى
أجرة الزيارة
.....
- ٩ - هل يتوقع إجراء عملية أخرى أو معالجة ؟ لا نعم
إذا "نعم" أعط التفاصيل
.....

Physician's / Surgeon's Signature**توقيع الطبيب الجراح**

Date & Stamp

التاريخ و الختم

Full Address

العنوان بالكامل