



استمارة استئذان للمريض خلال مدة قرار العلاج

بيانات المريض:

الاسم:	رقمه وتاريخه:	رقم السجل المدني:	مدينة العلاج:
مستند العلاج:	تاريخ انتهاء فترة العلاج / /	دولة العلاج:	رقم هاتف المريض:
تاريخ انتهاء فترة العلاج / /	تاريخ فتح الملف: / /	رقم هاتف المريض:	رقم هاتف المريض:
صلاحية التأشيرة من / /	الى / /		

بيانات المرافق:

اسم المرافق:	صلة القرابة:	رقم السجل المدني:
اسم المرافق الثاني ان وجد:	صلة القرابة:	رقم السجل المدني:
رقم هاتف المرافق:		

بيانات طلب الاستئذان:

بداية فترة الاستئذان: / /	نهاية فترة الاستئذان: / /
تاريخ اخر موعد مع الطبيب المعالج قبل فترة الاستئذان: / /	تاريخ اول موعد بعد الاستئذان: / /
أسباب الاستئذان:	

معلومات هامة يجب الإطلاع والتوقيع عليها

بموجب تعليمات مركز الاحالات الطبية، أنه في حال استئذان المريض لفترة محددة وظروف خاصة للسفر إلى المملكة ومن ثم العودة إلى بلد العلاج لإستكمال العلاج، يجب مراعاة الآتي:

- لا يمنح الإذن بالعودة إذا كان المريض قد استكمل متطلبات العلاج.
- أخذ موافقة الملحقية الصحية في بلد العلاج على منح المريض الإذن بالعودة بالفترة المطلوبة.
- أن يكون الحد الأدنى للإذن بالعودة التي تمنح للمريض بناءً على طلبه هي ١٤ يوماً والحد الأقصى للإذن بالعودة هي ٦٠ يوماً طوال فترة علاجه خارج المملكة.
- يسمح للمريض بأخذ إذن بالعودة لمرة واحدة فقط خلال فترة أمر العلاج الأخير.
- لا يمنح الإذن بالعودة عند تبقي أقل من ٢٠ يوم على نهاية فترة العلاج.
- تكون تكلفة السفر ذهاباً وإياباً من حساب المريض أو المرافق، ولا تتحمل الملحقية أي تكاليف مادية مترتبة على ذلك.
- يوقف صرف النثرجات من تاريخ بداية الاستئذان وحتى العودة الى بلد العلاج، وعلى المريض بعد وصوله إلى بلد العلاج ارسال صور جوازات سفره والمرافقين موضحاً عليها ختم الدخول.
- التأكد من صلاحية الفيزا قبل مغادرة بلد العلاج وانها تغطي الفترة الى ما بعد التاريخ المحدد للعودة الى بلد العلاج.
- في حال عدم الالتزام بالعودة في التاريخ المحدد والذي تم الموافقة عليه من قبلنا، سيغلق ملفكم وسيتم إشعار مركز الإحالات الطبي بذلك، إما في حال الضرورة للتمديد مع وجود إثبات بذلك يجب التواصل وإبلاغ الملحقية بذلك للدراسة والبيت بالقرار.
- عند الإخلال بالشروط أعلاه سيتم إغلاق ملف المريض في الملحقية الصحية ، ولايتم إعادة فتح الملف إلا بأمر علاج جديد بعد إكمال جميع المسوغات النظامية المطلوبة.

**** نأمل منكم أخذ العلم بما ورد أعلاه والتوقيع على ذلك.**

توقيع المريض:	توقيع المرافق (١):
موافقة الطبيب المشرف على المريض بالملحقية:	
موافقة الملحق الصحي ببلد العلاج:	