



المملكة الأردنية الهاشمية

المملكة الأردنية الهاشمية  
وزارة الصحة

ب ٠٠٦٢٤٣٥

نموذج تحويل مريض

الجهة المحولة: مستشفى ..... الجهة المحول إليها: مستشفى ..... تاريخ التحويل: / / ٢٠٠  
اسم المريض: ..... العمر: ..... الجنس: ..... رقم الملف الطبي: .....  
التشخيص المرضي: .....  
بطاقة التأمين الصحي:  مشترك  منتفع ..... الرقم: ..... تاريخ الانتهاء: / / ٢٠٠ درجة الإقامة: .....

مدة التحويل:  لمرة واحدة  لثلاثة شهور  
حالة المريض عند التحويل  مستقرة  غير مستقرة

الزميل اختصاصي: ..... في مستشفى (المحول إليه): .....  
يرجى اجراء  معاينة  اجراء فحص مخبري  اجراء فحص أشعة  أخرى / حدد  
للمريض ..... والذي يشكو من ..... وتزويدي بتقرير طبي بذلك  
اسم الطبيب الأخصائي المحول توقيع وخاتم الطبيب الأخصائي المحول الخاتم الرسمي للقسم الخاتم الرسمي للمستشفى

لاستعمال المستشفى (المحول اليه). أرجو ارفاق نتيجة الفحص المخبري / الشعاعي / أخرى والتي أجريت للمريض  
رأي الطبيب الاختصاصي (مستشفى: .....)

التاريخ:

ختم المستشفى المحول اليه:

توقيع الاختصاصي: