

پرونده ویزیت مراجعه کننده به کلینیک



کد پذیرش:

شماره:

تاریخ پذیرش: / /

گروه مراقبت دندان ۳۲

از طرف موسسه نورالزهرا (س)

نام بیمار: آقا / خانم	اطلاعات پرونده
کد ملی:	
شماره تماس:	
تحت پوشش کمیته امداد: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
خدمات مورد نیاز بیمار طبق اولویت پزشکی به شرح زیر می باشد:	
۱- قیمت (ریال):	
۲-	
۳-	
۴-	
۵-	
تایید و امضای پزشک مربوطه:	
لطفا خدمات ذیل بابت بیمار انجام گیرد:	
تایید و امضای معاونت:	
مددکاری <input type="radio"/> دندانپزشکی <input type="radio"/> معاون موسسه <input type="radio"/> کلینیک <input type="radio"/> معاون موسسه <input type="radio"/> امور مالی <input type="radio"/>	
ثبت و تایید مالی:	

پرونده ویزیت مراجعه کننده به کلینیک



کد پذیرش:

شماره:

تاریخ پذیرش: / /

گروه مراقبت دندان ۳۲
از طرف موسسه نورالزهرا (س)

(این قسمت توسط معاونت موسسه تکمیل می گردد)

فرآیند حمایتی

شرح فرآیند:

امضاء: