

Authorization for Release of Information Form

I, undersigned

MRN

ID number (Hafiza/Iqama)

Authorize Fakeeh Care to release my medical Information as follows:

Send by email to email

Send by fax to fax

Release directly to

ID Number (Iqama/ Hafiza)

Phone number

Required Document to be released by Fakeeh care:

Sick leave Medical report Discharge summary

Reports of Laboratory results Radiology Report

CD's of Diagnostic images Others:

Name/Signature of Patient

Date Telephone number

For medical records use Only

Requested documents released to.....

ID number

Telephone number on (date)

Name and signature of medical record staff

You can contact us by e-mail: reports@fakeeh.care

تفويض بالحصول على معلومات طبية

أنا الموقع أدناه
رقم الملف
رقم الهوية / رقم الإقامة
أفوض "مجموعة فقيه الطبية" بالإفصاح عن معلوماتي الطبية الموضحة أدناه على النحو التالي
 إرسال بالبريد الإلكتروني إلى
 إرسال بالفاكس إلى
 يسلم إلى
رقم الهوية / رقم الإقامة
رقم الجوال

البيانات المطلوب الإفصاح عنها من قبل مجموعة فقيه الطبية

- اجازة مرضية تقرير طبي ملخص الخروج
 نتائج الفحوصات المخبرية نتائج الفحوصات الإشعاعية
 أقراص مضغوطة للصور التشخيصية
 أخرى

اسم / توقيع المريض
رقم الجوال التاريخ

لإستخدام السجلات الطبية فقط

تم تسليم البيانات المطلوبة إلى
رقم الهوية/الإقامة
الجوال
التاريخ التوقيع
اسم وتوقيع موظف السجلات الطبية