



## Patient Information Sheet

## نموذج بيانات المريض

### Section I - To be completed by Patient

### الجزء الأول - يتم تعبئته من قبل المريض

#### Patient Information :

#### بيانات المريض :

Patient Name : (As per passport)	..... اسم العائلة	..... اسم الجد	..... اسم الأب	..... الاسم الأول	الاسم :
	..... First Name	..... Father Name	..... Grand father Name	..... Family Name	
File Number :	.....	.....	.....	.....	رقم الملف :
Mother Name :	.....	.....	.....	.....	اسم الأم :
Nationality :	.....	.....	.....	.....	الجنسية :
Gender :	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	الجنس :
Marital Status :	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Married		<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب	الحالة الاجتماعية :
	<input type="checkbox"/> Divorced	<input type="checkbox"/> Widowed		<input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق	
Date of Birth :	.....	.....	.....	.....	تاريخ الميلاد :
Place of Birth :	.....	.....	.....	.....	مكان الميلاد :
National ID / Iqama / Passport No. :	.....	.....	.....	.....	رقم الهوية / الإقامة / الجواز :
Occupation :	.....	.....	.....	.....	المهنة :
Mobile :	.....	.....	.....	.....	رقم الجوال :
e-mail Address :	.....	.....	.....	.....	البريد الإلكتروني :
Home Address :	.....	.....	.....	.....	عنوان المنزل :
City :	.....	District : .....	.....	.....	المدينة : ..... الحي :
Street :	.....	.....	.....	.....	اسم الشارع :
P.O. Box :	.....	Postal Code : .....	.....	.....	صندوق البريد : ..... الرمز البريدي :
Workplace :	.....	.....	.....	.....	جهة العمل :
Telephone No. :	.....	.....	.....	.....	رقم الهاتف :

#### Patient's Relatives Information (in case of emergency):

#### بيانات أقارب المريض (في حالة الطوارئ) :

##### First Contact :

##### الشخص الأول :

Name : ..... الاسم : .....

Relationship: ..... صلة القرابة : .....

Telephone Number: ..... رقم الهاتف : .....

##### Second Contact :

##### الشخص الثاني :

Name : ..... الاسم : .....

Relationship: ..... صلة القرابة : .....

Telephone Number: ..... رقم الهاتف : .....

#### Patient's Signature : .....

#### توقيع المريض : .....

Date : .....

التاريخ : .....

### Section II - To be completed by Registration Staff

### الجزء الثاني - يتم تعبئته من قبل موظفي التسجيل

Complete

Incomplete

غير مكتمل

مكتمل

#### Reviewed by :

#### تمت مراجعته :

Employee Name : .....

اسم الموظف : .....

Signature : ..... Date : .....

التوقيع : ..... التاريخ : .....