

 	نموذج طلب نسخة عن التصوير الشعاعي	M/919/297 REV 0 Pagina 1 di 1
---	--	-------------------------------------

COMPILARE IN CARATTERI OCCIDENTALI - التعبئة بأحرف لاتينية -

أنا الموقع/الموقعة أدناه السيد/السيدة
المولود/المولودة بتاريخ _____ في _____
المقيم/المقيمة في _____ المحافظة _____
شارع _____ رقم _____ الرمز البريدي _____
رقم هاتف مقدم الطلب لتتمكن المؤسسة بالاتصال به إذا لزم الأمر
هاتف: _____

اطلب

الحصول على عدد _____ من النسخ للفحوصات التالية
نسخة عن فحص التصوير الشعاعي بصيغة إلكترونية (رقمية) التكلفة 12.50 يورو

☐ تصوير شعاعي	تم إجراء بتاريخ _____ نوع _____
☐ تخطيط الصدى	تم إجراء بتاريخ _____ نوع _____
☐ التصوير المقطعي المحوسب TAC	تم إجراء بتاريخ _____ نوع _____
☐ الرنين النووي المغناطيسي	تم إجراء بتاريخ _____ نوع _____
☐ قثطرة القلب	تم إجراء بتاريخ _____

الذي تم إجراءه/إجرائهم

☐ خلال فترة المكوث في المستشفى لدى قسم _____ ابتداءً من تاريخ _____ و حتى _____
☐ كخدمة لدى العيادات تم إجرائها بتاريخ _____

التاريخ _____ توقيع مقدم الطلب _____

معلومات مفيدة

- يجب أن يتم الدفع مباشرة عند تقديم طلب الحصول على نسخة من الفحص، وذلك لدى صندوق مركز الحجز الموحد CUP للتصوير الإشعاعي، الواقع في الطابق الأول تحت الأرض في مواعيد الدوام من يوم الاثنين و حتى الجمعة ابتداءً من الساعة 8:00 و حتى الساعة 13:00، يجوز الدفع خارج عن المواعيد المذكورة و في يوم السبت لدى صناديق مراكز الحجز CUP الموحدة الأخرى التابعة للمؤسسة.
- لاستلام الوثائق الصحية (الملف الطبي، فحوصات التصوير الشعاعي، التقارير الطبية و إلى آخره...) يستلزم ممثل صاحب الشأن أو في حالة عدم استطاعته الحضور شخصياً يتوجب تقديم توكيل مسجل كتابياً. للتوكيل بذلك، يعتبر من الضروري تعبئة النموذج المتوفر لدى مكتب المعلومات.
- يتم استلام نسخة الفحص الشعاعي لدى شبابيك قسم التصوير الشعاعي الواقع في الطابق الأول تحت الأرض في مواعيد الدوام من يوم الاثنين و حتى الجمعة ابتداءً من الساعة 8:00 و حتى الساعة 18:00 و يوم السبت من الساعة 8:00 و حتى الساعة 14:00.