

معلومات التأمين

هل المشترك مغطى من قبل التأمين الصحي\ المشفى؟ نعم _____ كلا _____

شركة التأمين الصحي (المركز الطبي) _____

اسم الشخص للاتصال في الحالات الطارئة _____ هاتف: _____

أدوية

هل سيتناول المشترك الأدوية في فترة وجوده في المخيم؟ نعم _____ كلا _____

_____ أريد أن الأدوية أو الأجهزة الطبية تؤخذ ذاتياً.

_____ أريد أن الأدوية أو الأجهزة الطبية تُعطى على يد الطاقم.

مع ذلك، يمكن لإبني\ابنتي حمل كمية محدودة من الأدوية للحالات التي تهدد الحياة (أي علاج للسعة النحل، جهاز الاستنشاق).

الدواء 1 _____ الجرعة _____

الأوقات _____

سبب تناول الدواء _____

الطبيب الموصي به _____ الهاتف: _____

الدواء 2 _____ الجرعة _____

الأوقات _____

سبب تناول الدواء _____

الطبيب الموصي به _____ الهاتف: _____

حساسية

لا يعاني المشترك من أي حساسية _____

المشترك لديه حساسية من _____

أوصف ردة فعل الجسم والعلاج:

محدوديات

الرجاء الإشارة إلى وتوضيح أي محدوديات جسدية، طبية، أو غذائية، إن تواجدت:

الإسم: _____ العلاقة: _____ التوقيع: _____