

**Administrative Health Service Request**

## طلب خدمة صحية إدارية

Patient's Name اسم المريض ID No. رقم البطاقة UHS File No. رقم الملف Phone No. رقم الهاتف	<p>Any request needs 1 week to be completed and collected from reception desk 2nd floor.</p> <p>طلبك سيكون جاهزاً خلال أسبوع من مكتب الاستقبال الطابق الثاني.</p> <p>Referrals are only issued after the personal physician reviews the patients chart/history or after an interview with him/her by an appointment.</p> <p>لا يتم التحويل من قبل الطبيب الشخصي الا بعد مراجعة ملف المريض و حالته أو مقابلة المريض و معابنته من خلال موعد و التأكد من الضرورة الصحية للتحويل.</p>																												
Request <input type="checkbox"/> Referral * تحويل <input type="checkbox"/> Health Certificate ** شهادة صحية <input type="checkbox"/> Vaccination record تقرير باللقاحات <input type="checkbox"/> Dental Prescription وصفة أدوية الاسنان																													
*Reason for Referral سبب طلب التحويل**	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Annual Eye check up</td> <td>فحص العيون السنوي</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Annual Gyn check up</td> <td>فحص النسائي السنوي</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Prenatal care</td> <td>رعاية ما قبل الولادة</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Follow up psychiatry/psychotherapy</td> <td>مراجعة مع اخصائي طب النفس</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">For 3rd visit, please bring an approved medical report from HIP</td> </tr> <tr> <td colspan="4">للزيارة الثالثة، يرجى احضار تقرير طبي موافق عليه من مكتب التأمين الصحي</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Follow up hematology/Oncology</td> <td>مراجعة للامراض السرطانية</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>If others(not mentioned above), please take an appointment with your personal physician at UHS          في الحالات الأخرى (غير المحددة أعلاه) يرجى أخذ موعد مع الطبيب الشخصي في الخدمات الصحية في الجامعة.</p>	<input type="checkbox"/>	Annual Eye check up	فحص العيون السنوي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annual Gyn check up	فحص النسائي السنوي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenatal care	رعاية ما قبل الولادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Follow up psychiatry/psychotherapy	مراجعة مع اخصائي طب النفس	<input type="checkbox"/>	For 3rd visit, please bring an approved medical report from HIP				للزيارة الثالثة، يرجى احضار تقرير طبي موافق عليه من مكتب التأمين الصحي				<input type="checkbox"/>	Follow up hematology/Oncology	مراجعة للامراض السرطانية	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Annual Eye check up	فحص العيون السنوي	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	Annual Gyn check up	فحص النسائي السنوي	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	Prenatal care	رعاية ما قبل الولادة	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	Follow up psychiatry/psychotherapy	مراجعة مع اخصائي طب النفس	<input type="checkbox"/>																										
For 3rd visit, please bring an approved medical report from HIP																													
للزيارة الثالثة، يرجى احضار تقرير طبي موافق عليه من مكتب التأمين الصحي																													
<input type="checkbox"/>	Follow up hematology/Oncology	مراجعة للامراض السرطانية	<input type="checkbox"/>																										
Name of Specialist to be referred to: اسم الطبيب الاخصائي المطلوب التحويل اليه	_____																												
Name of Personal Physician At UHS اسم الطبيب الشخصي في الخدمات الصحية في الجامعة	_____																												
Completed by: مالى الطلب	Signature _____ Date _____ الإمضاء التاريخ																												
<b>**Pediatrics Apoitment should be &lt;6 months and Adults appointment&lt;1 year</b> <b>** موعد الاطفال يجب ان يكون &gt;6 اشهر وموعد الكبار &gt; سنة</b>																													

