

تاريخ التحويل:

نموذج تحويل الأطفال

الطبيب//مقدم الرعاية المحول:

التخصص:

رقم هاتف:

المؤسسة التي قامت بالتحويل:

رقم هاتف المؤسسة:

المعلومات الشخصية

اسم المريض	
تاريخ الولادة	الجنس
اسم ولي الامر	
رقم هاتف ولي الامر	

المعلومات الطبية الخاصة بالمريض

سبب التحويل:

الاعراض التي تمت مشاهدتها:

التشخيص المفترض :

هل يعاني المريض من مشاكل صحية في الوقت الراهن:

هل يتناول المريض ادوية في الوقت الراهن:

الخدمات المقترحة للمريض:

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> علاج بالموسيقى | <input type="radio"/> علاج وظيفي | <input type="radio"/> عيادة اعصاب الاطفال |
| <input type="radio"/> علاج بالفنون | <input type="radio"/> علاج نطق | <input type="radio"/> العيادة الشلل الدماغي |
| <input type="radio"/> الروضة العلاجية | <input type="radio"/> علاج طبيعي | <input type="radio"/> عيادة البصرات و التاهيل البصري |
| | <input type="radio"/> علاج بالماء | <input type="radio"/> تخصص علم نفسي اكلينيكي |
| | <input type="radio"/> عيادة تربية خاصة | <input type="radio"/> علاج سلوكي |

التاريخ:

التوقيع: