

## بطاقة صحية

الاسم والشهرة : \_\_\_\_\_  
تاريخ الولادة : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
بلد الاقامة : \_\_\_\_\_  
الجنس : ذكر  انثى

### الوضع الصحي :

- فئة الدم : \_\_\_\_\_
- 1- هل تعاني من أمراض ما هي ؟  
نعم  كلا
- 2- هل تخضع لعلاج دائم ما هي الأدوية التي تتناولها؟  
نعم  كلا
- 3- هل لديك حساسية من أدوية معينة ما هي ؟  
نعم  كلا
- 4- هل أجريت لك أية عمليات جراحية ما هي ؟  
نعم  كلا