



Ref.: _____ الرقم:

Date: نموذج (١) التاريخ:

نموذج طلب قرنية مستوردة

اسم المريض الرباعي: _____

تاريخ الميلاد: _____

الجنس: ذكر _____ انثى _____

الرقم الوطني: _____

ترفق صورة عن جواز السفر لغير الاردنيين: _____

عنوان المريض: _____

رقم هاتف المريض: _____

التشخيص (Diagnosis): _____

نوع النسيج المطلوب (Type of Tissue Needed): _____

العملية (Surgical Procedure): _____

المستشفى الذي ستتم فيه اجراء العملية: _____

اسم الطبيب: _____ التوقيع: _____

رقم الفاكس: _____ رقم الهاتف: _____

تاريخ الطلب: _____