



Ref.: الرقم:

Date: التاريخ:

نموذج (٢)

نموذج متابعة ما بعد العملية

رقم القرنية Tissue ID: _____

اسم المريض المستفيد رباعياً: _____

تاريخ الميلاد: _____

الجنس: ذكر _____ انثى _____

الرقم الوطني: _____

ترفق صورة عن جواز السفر لغير الاردنيين: _____

عنوان المريض: _____

رقم هاتف المريض: _____

التشخيص (Diagnosis): _____

العملية (Surgical Procedure): _____

المستشفى الذي أجريت فيه العملية: _____

تاريخ اجراء العملية: _____

اسم الطبيب الذي أجرى العملية: _____ التوقيع: _____

يتم إعادة هذا النموذج بعد تعبئته الى بنك العيون الأردني بالفاكس وبحد

أقصى اسبوع من تاريخ العملية.