

نموذج تسجيل معلومات المريض | PATIENT INTAKE FORM

Section	Details / التفاصيل
1. Personal Information / المعلومات الشخصية	
Name / الاسم	
Date of Birth / تاريخ الميلاد	
Gender / الجنس	
Email Address / البريد الإلكتروني	
Phone Number (with country code) / رقم الهاتف (مع رمز البلد)	
Country of Residence / بلد الإقامة	
Preferred contact method طريقة الاتصال المفضلة (واتساب، بريد إلكتروني، إلخ)	
2. Medical Concern / الاستشارة الطبية	
Procedure or Treatment Sought / الإجراء أو العلاج المطلوب	
Upload relevant medical reports/images (if any) إرفاق التقارير أو الصور الطبية (إن وجدت)	
3. Medical History / التاريخ الطبي	
Do you have any pre-existing conditions? هل لديك أي حالات صحية موجودة مسبقاً؟	
If yes, please specify إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء التحديد	
Current Medications / الأدوية الحالية	
Allergies (medications, anesthesia, etc.) الحساسية (أدوية، مخدر، إلخ)	
Past Surgeries/Hospitalizations (type & year) (العمليات أو الاستشفاءات السابقة) (النوع والسنة)	
4. Travel Preferences / تفضيلات السفر	
Preferred treatment countries (optional) الدول المفضلة للعلاج (اختياري)	
Preferred travel month/time frame الشهر أو الإطار الزمني المفضل للسفر	
Traveling alone or with companion? / هل تسافر بمفردك أم برفقة؟	

طريقة الإرسال / Submission

Please send the completed form to:
Email / البريد الإلكتروني: info@horizonedge.org
Phone / الهاتف: +961 587 537

Thank you for choosing Horizon Edge. We look forward to assisting you.

شكراً لاختياركم هورايزن إيدج. نتطلع لخدمتكم