



تقرير الطوارئ الطبية

الحدث:	التاريخ:	الزمن:
--------	----------	--------

الاسم و اللقب:	تاريخ الولادة:	ID-NR / الدولة:
----------------	----------------	-----------------

العنوان:	الهاتف:	التأمين / NR:
----------	---------	---------------

التشخيص / الاصابة والفحص الجسدي

التاريخ

العلاج

أرسل إلى المستشفى / تواصل مع

للقبول:
توقيع الكيك بوكسر:
توقيع المدرب

توقيع وختم الطبيب