



Involuntary admission Form -
One month extension According to Section
(17) of Mental Health Law no. 14 year 2019

نموذج الدخول الإلزامي - طلب تمديد شهر
وفقاً للمادة (17) من قانون رقم 14 لسنة 2019
في شأن الصحة النفسية

.....		أسم المريض: Patient Name:	
.....		الرقم المدني: Civil ID:	
<input type="checkbox"/> طلب تمديد فترة الدخول الإلزامي لمدة شهر وفقاً للمادة (17) من قانون رقم 14 لسنة 2019 Application for 1 month extension of involuntary admission status according to Section (17) of Mental Health Law No. 14 Year 2019			
Reason for extension		أسباب التمديد	
.....			
.....	التاريخ و الوقت: Date and Time:	توقيع الطبيب: Physician Signature:
<p>- يجب على الطبيب المعالج تبليغ لجنة المتابعة والتقييم Treating doctor has to inform the the Review and Board committee</p> <p>- يتم تبليغ مدير المنشأة Facility director must be informed</p> <p>- لكل ذي شأن حق الاعتراض على قرارات لجنة المتابعة والتقييم عبر تعبئة النموذج الخاص Any person concerned has the right to object the decision of the Review and Assessment Board using the appropriate form</p>			
Review and Assessment Board Approval		اعتماد لجنة المتابعة والتقييم	