

(الفريق الطبي الزائر)

الفريق الطبي الزائر هو عبارة عن تصريح لفريق طبي مرافق للطبيب الزائر بعد حصوله على الموافقات المطلوبة وقد يشمل تخصصات متنوعة حسب أنظمة و معايير الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية. فيجوز للمؤسسة الصحية المرخصة في مملكة البحرين أن تتقدم بطلب ترخيص لفريق طبي في مجال قد حصلت عليه المؤسسة بالموافقة .

معايير الترخيص للفريق الزائر:

1. أن يكون الفريق تحت إشراف طبيب استشاري تمت الموافقة عليه كطبيب زائر من قبل الهيئة.
2. أن يكون جميع أفراد الطاقم الطبي أصحاب مؤهلات معترف بها في الهيئة ومرخصين في بلدهم.
3. يتم تصنيف جميع المهنيين بحسب المعايير المعتمدة من الهيئة و على المهني الالتزام بحدود التصنيف المعطى و عدم تجاوزه.
4. على كل مهني ملء استمارة المهني الزائر ، و يجب أن توقع من قبل الطبيب الزائر (رئيس الفريق) بالاضافة إلى توقيع المدير الطبي للمؤسسة المستضيفة في مملكة البحرين .
5. على جميع المهنيين الالتزام بالعمل ضمن الفريق الطبي المصرح له فقط .
6. تطبق رسوم ترخيص كل مهنة على حدة بحسب القرار رقم (17) لسنة 2016 بشأن تحديد أنواع الرسوم لتراخيص وخدمات الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية لكل مهني على حدة لكل زيارة و ألا تزيد الزيارة الواحدة عن 30 يوما و أن لا تتجاوز 6 زيارات في السنة كما هو معمول مع الطبيب الزائر.
7. لايجوز لأي مهني ضمن الفريق الطبي تجاوز فترة زيارة الفريق إلا بالحصول على الموافقات من الهيئة وأن يكون التمديد تحت إشراف الطبيب الاستشاري الزائر.
8. أن تكون تخصصات المهنيين في الفريق تتناسب مع برنامج الفريق الطبي العلاجي .
9. أن يتم الاتزان بالعمل في الجهة المصرح لها فقط
10. احترام أنظمة و قوانين مملكة البحرين .

For office use: application number:

**APPLICATION FOR VISITIN HEALTH PRATIONER
(VISITING CONSULTANT /VISITNG MEDICAL TEAM)
PART 1- to be completed by the Applicant**

Number of the visiting team members: _____

List of visiting team member professions

Serial	Name	Licensed profession
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Duration of the visit

From _____ to _____

Personal Details:

Full name of the applicant: _____

Address: _____

Tel No.: _____

Email: _____

Nationality: _____ Passport No.: _____

Medical\Health Qualification:

Highest Degree _____ Year Obtained _____

Granting Institution _____ Country _____

Medical\Health License:

Licensing Authority _____ Country _____

Current License No. _____ Expiry Date: _____

Details Of Visit:

Sponsoring Facility _____

Duration of Visit: From _____ To _____

Attached documents:

CV Valid Medical License Professional /Educational Certificate Passport

I hereby declare that the information herein is correct and truthful.

Signature

Date

((you may print more than one copy of this form for fill it by each of the team member))

For office use: application number:

PART II – to be completed by sponsoring facility.

This part should be completed by the sponsoring facility and should be submitting to NHRA at least 2 weeks before the scheduled visit. NHRA will not be responsible for charges in the visiting schedule if applications are submitting within a shorter period of time.

Sponsor: _____

Address: _____

Contact Person: _____

Position Title: _____

Tel No.: _____

Email: _____

Responsible consultant at the institute who will work with the visiting team and follow-up on patients after the visiting doctor has left.

Consultant Name: _____

Specialty: _____

License No.: _____

Declaration:

I declared that I have provided information about the applicant that is true and correct.

Signature

Date