



إشراف: أ.د طارق علي الحبيب  
بروفسور واستشاري العطب النفسي

## مركز مطهنة الطبي

### تقرير بإجازة مرضية SICK LEAVE REPORT

01598

المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

اسم المريض: عبد الرحمن ناصر البوسري  
رقم السجل الطبي: ١٦٧١٧٨  
 M  F  انثى  ذكر  
الجنسية: سعودي  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
المهنة: \_\_\_\_\_  
جهة العمل: \_\_\_\_\_  
تاريخ المراجعة: ١١ / ١٣ / ١٤٣٥ هـ  
Date: / / الموافق: ٢٠١٦ / ١٦ / ٢٣ م

### Recommendation

- Following medical examination, we recommend:
- sick leave for \_\_\_\_\_ day(s) starting From \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_
  - Follow up before end of sick leave
  - Referral to Medical Committee for Following reasons:

- Approval of sick leave
- Cannot be treated at this Center.
- Permant or Partial Disability.
- Others \_\_\_\_\_

### التوصيات

بالكشف على المريض نوصي بالآتي:

- منحة إجازة مرضية لمدة (كتابية) يوم واحد فقط ورقما (١) يوم / أيام اعتبارا من ١١ / ١٣ / ١٤٣٥ هـ إلى ١١ / ١٤ / ١٤٣٥ هـ
- مراجعة الطبيب المعالج قبل إنتهاء إجازته
- إحالته إلى الهيئة العامة لأحد الاسباب التالية:

- اعتماد التقرير الطبي.
- من غير الممكن علاجه في المركز.
- حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية أو قطعية.
- أخرى \_\_\_\_\_

Treating Physician Name  
Signature: \_\_\_\_\_ Badge No.:

Physician Name: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_  
Med. Director approval:  
Name: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

اسم الطبيب المعالج: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_  
اسم الطبيب: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_  
تصديق المدير: \_\_\_\_\_  
الاسم: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_



سعادة / \_\_\_\_\_ المحترم \_\_\_\_\_  
إشارة الى إحالتكم رقم \_\_\_\_\_  
بشأن طلب الكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه.  
إشارة إلى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه أعلاه للكشف عليه  
تجدون بعالية التقرير الصادر بشأنه.  
www.prof-alhabeeb.com