

Ser المسلسل 11,561

Sick Leave Report تقرير اجازة مرضية

|                   |               |                 |                 |
|-------------------|---------------|-----------------|-----------------|
| Patient Name      | 0 0 0 0       | AFNAN AHMED 0 0 | اسم المريض      |
| Medical Record No | 22003148      |                 | رقم السجل الطبي |
| SIX               | Female        |                 | الجنس           |
| Nationality       | SAUDI ARABIAN |                 | الجنسية         |
| Date OF BIRTH     | 06/04/1995    |                 | تاريخ الميلاد   |
| OCCUPATION        |               |                 | المهنة          |
| PLACE OF WORK     | شركة الدفة    |                 | جهة العمل       |
| Date of Visit     | 06/04/2022    | 5/9/1443        | تاريخ الزيارة   |
| Adm. Date         |               |                 | تاريخ الدخول    |
| Discharge Date    |               |                 | تاريخ الخروج    |

Recommendations

التوصيات

Following medical examination , it is recommended

بالكشف على المريض نوصي بالآتي :

|                                   |            |                                     |  |
|-----------------------------------|------------|-------------------------------------|--|
| Sick leave for                    | 1          | <input checked="" type="checkbox"/> | منحه اجازة مرضية لمدة 1 يوم واحد فقط             |
| From Date                         | 06/04/2022 | 5/9/1443                            | To Date 07/04/2022 6/9/1443                      |
| Follow up befor end of sick leave |            | <input type="checkbox"/>            | مراجعة الطبيب المعالج قبل إنتهاء اجازته          |
| Referral to Medical Committee     |            | <input type="checkbox"/>            | إحالته للجنة الطبية العامة لأحد الأسباب          |
| For Following Reasons             |            | <input type="checkbox"/>            | إعتماد التقرير الطبي                             |
| Approval of sick leave            |            | <input type="checkbox"/>            | من غير الممكن علاجه في المستشفى                  |
| Cannot be treat at this facility  |            | <input type="checkbox"/>            | حالته تدل على عجزه عن العمل بصورة جزئية أو قطعية |
| Permagnedt or partial disability  |            | <input type="checkbox"/>            | خطاب حضور  |
| Attendance Letter                 |            | <input type="checkbox"/>            |  |

Diagnosis

GENERALIZED BODY PAIN

التشخيص

Treating Physician Name DR\ TASHKANDI  
Signature Badge No  
Approval by director of DR\ MOHAMED TOLBA  
Name  
Signature Date

اسم الطبيب المعالج  
التوقيع  
تصديق مدير  
الاسم  
التوقيع

الختم الرسمي

بتاريخ



بتاريخ

تجدون بعاليه التقرير الصادر بسمائه

DR\ MOHAMED TOLBA  
DR\ MOHAMED

سعادة شركة الدفة  
إشارة إلى إحالتكم رقم  
بشأن الكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه  
الطبيب المعالج  
المدير الطبي

Dr. Mohamed Tashkandi  
General Practitioner