

# Al Osrah Medical Group Co. For Investment

Comm. Reg. No. ( 1010456918 )

C.C.M ( 101000457707 )



شركة مجموعة طب الأسرة للاستثمار  
AL OSRAH MEDICAL CO. GROUP FOR INVESTMENT

شركة مجموعة طب الأسرة للاستثمار

س.ت.رقم ( ١٠١٠٤٥٦٩١٨ )

عضوية غرفة تجارية ( ١٠١٠٠٠٤٥٧٧٠٧ )

## Sick Leave Report

MRN:	6000914421	Patient Name:	هاجر احمد علي منير
Visit Num:	6096885	Claim Num:	20386905
Doctor Code:	311	Doctor Name:	حمزة السيد حمزه
Patient Name :	هاجر احمد علي منير	اسم المريض :	
Medical Record Number :	6000914421	رقم السجل الطبي :	
Gender :	Female	جنس :	
Nationality :	مصري	جنسية :	
Date Of Birth :	1996-07-04	تاريخ الميلاد :	
Date Of Visit :	2021-05-07	تاريخ الزيارة :	
Admission Date :	2021-05-07	تاريخ الدخول :	
Discharge Date:		تاريخ الخروج :	
Occupation:		الوظيفة	
Work Place	شركة الدفة	جهة العمل	
Ref No.	6000914421	رقم الإحالة	
Ref Date	2021-05-07	تاريخ الإحالة	

### Recommendation

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sick leave for 3 Days Starting From       | 2021-05-08 to 2021-05-10 | توصيات   |
| <input type="checkbox"/> Follow Up before end of sick leave                   |                          | باتكشف على المرخص نوصي بالاسي منحة إجازة مرضية 3 يوم وتبدأ اعتباراً من         |
| <input type="checkbox"/> Referral to medical committee for following reasons: | حساسية بالصدر            | <input type="checkbox"/> مراجعة الطبيب المعالج قبل انتهاء إجازة                |
| <input type="checkbox"/> Approval for sick leave.                             |                          | <input type="checkbox"/> إحالة إلى الهيئة الطبية العاملة لأحد الأسباب التالية: |
| <input type="checkbox"/> Cannot be treated at this facility                   |                          | <input type="checkbox"/> اعتماد التقرير الطبي                                  |
| <input type="checkbox"/> Permanent or partial disability                      |                          | <input type="checkbox"/> من غير الممكن علاج في المستشفى                        |
| <input type="checkbox"/> Others:  |                          | <input type="checkbox"/> حالة تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية او :     |
|   |                          | <input type="checkbox"/> آخر :   |

الرقم : 311

التاريخ : 05-07-2021



اسم الطبيب المعالج : Hamza Al sayed Hamza

التوقيع :

تصديق المدير :

الإسم :

التوقيع :

سعادة مدير

اشاره الى احالتكم رقم

بشان طلب الكشف الطبي على الموضح اعلاه

اشاره الى مراجعه الموظف لديكم اسمه اعلاه للكشف عليه

تجدون بعالية التقرير الصادر بشأنه

المدير

التوقيع :

التاريخ