



تقرير بإجازة مرضية Sick Leave Report

Patient Name : ZYAD SQR ALMTYRY	إسم المريض : زياد صقر المطيري
Medical Record : 570755 Male	رقم السجل الطبي : 570755 ذكر
Nationality : Saudi	الجنسية : سعودي
Date of Birth : 21-03-1994	تاريخ الميلاد : 9-10-1414
Occupation :	المهنة :
Place of Work : Bupa Direct - Al Daffah Company Bupa Direct - Al Daffah Compan	جهة العمل :
Date of Visit : 08-07-2021	تاريخ المراجعة : 28-11-1442
Adm. Date :	تاريخ الدخول :
Discharge Date :	تاريخ الخروج :

التوصيات Recommendations

بالكشف عن المريض يوصى بالاتي : Following Medical Examination is Recommended	
<input checked="" type="checkbox"/> Sick Leave For : 1 (Day/Days)	منحة إجازة مرضية بالايام لمدة : 1 <input checked="" type="checkbox"/>
From Date : 08-07-2021 To Date: 08-07-2021 THURSDAY THURSDAY	من تاريخ : 28-11-1442 الى تاريخ: 28-11-1442 الخميس الخميس
<input type="checkbox"/> Followup before end of sick leave	مراجعة الطبيب المعالج قبل إنتهاء إجازته <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Referral to Medical Committee for following reasons :	إحالته للهيئة الطبية العامة لأحد الأسباب التالية : <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Approval of sickleave	إعتماد التقرير الطبي <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Can not be treated in this facility	من غير الممكن علاجه بالمستشفى <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Permanent or Partial disability	حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية او قطعية <input type="checkbox"/>

Diagnosis : Pain in a joint, hand **التشخيص:**

Xray report : No fractures could be detected . . For medical treatment and follow up .

Treating Physician Name : Hany Elsayed Mohammed Eldeeb **اسم الطبيب المعالج :** هاني السيد محمد الديب
Signature : **التوقيع:** د / هاني السيد
Stamp : **الختم:** التوقيع نائب اول طب وجراحة العظام
 Badge No : 584/1 **الرقم :**

Medical Director Approval : **تصديق المدير الطبي - الاسم :**
Name : **التوقيع :**
Signature : **الختم :**
Stamp :

المحترم سعادة :
وتاريخ : **إشارة الى إحالتكم رقم :**
بشأن الكشف على الموضح اسمه اعلاه.
إشارة الى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه اعلاه للكشف عليه.
تجدون بعالية التقرير الصادر بشأنه.
مدير : الشؤون الادارية
الاسم :
التوقيع :

رقم النظام : 43476
 تاريخ الزيارة : 08-07-2021

تلفون
Telephone
+966(11)4553041
السجل التجاري
C.R
1010230454

فاكس
Fax
+966(11)4553043
الترخيص
Licence
014-101-012-00697

ص.ب
P.O.Box
4068 , Riyadh 13245

الموقع الالكتروني
Web Site
www.elajalriyadh.com



تقرير بإجازة مرضية Sick Leave Report

Patient Name : ZYAD SQR ALMTYRY	اسم المريض : زياد صقر المطيري
Medical Record : 570755 Male	رقم السجل الطبي : 570755 ذكر
Nationality : Saudi	الجنسية : سعودي
Date of Birth : 21-03-1994	تاريخ الميلاد : 9-10-1414
Occupation :	المهنة :
Place of Work : Bupa Direct - Al Daffah Company Bupa Direct - Al Daffah Compan	جهة العمل :
Date of Visit : 08-07-2021	تاريخ المراجعة : 28-11-1442
Adm. Date :	تاريخ الدخول :
Discharge Date :	تاريخ الخروج :

التوصيات Recommendation

بالكشف عن المريض يوصى بالاتي : Following Medical Examination is Recommended	
<input checked="" type="checkbox"/> Sick Leave For : 1 (Day/Days)	منحة إجازة مرضية بالايام لمدة : 1 <input checked="" type="checkbox"/>
From Date : 08-07-2021 To Date: 08-07-2021 THURSDAY THURSDAY	من تاريخ : 28-11-1442 الى تاريخ: 28-11-1442 الخميس الخميس
<input type="checkbox"/> Followup before end of sick leave	مراجعة الطبيب المعالج قبل إنتهاء إجازته <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Referral to Medical Committee for following reasons :	إحالتة للهيئة الطبية العامة لأحد الأسباب التالية : <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Approval of sickleave	إعتماد التقرير الطبي <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Can not be treated in this facility	من غير الممكن علاجه بالمستشفى <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Permanent or Partial disability	حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية او قطعية <input type="checkbox"/>

Diagnosis :

Pain in a joint, hand

التشخيص:

Xray report : No fractures could be detected . . For medical treatment and follow up .

Treating Physician Name : Hany Elsayed Mohammed Eldeeb	اسم الطبيب المعالج : هاني السيد محمد الديب
Signature :	التوقيع : د / هاني الديب
Stamp :	الختم : نائب أول طب وجراحة العظام
Badge No : 584/1	الرقم : 584/1

Medical Director Approval :

تصديق المدير الطبي - الاسم :

Name :

Signature :

Stamp :



المحترم	سعادة :
وتاريخ :	إشارة الى إحالتكم رقم :
	بشان الكشف على الموضح اسمه اعلاه.
	إشارة الى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه اعلاه للكشف عليه.
	تجدون بعالية التقرير الصادر بشأته.
	مدير : الشؤون الادارية
رقم النظام : 43476	الاسم :
تاريخ الزيارة : 08-07-2021	التوقيع :