

Al Osrah Medical Group Co.  
For Investment  
Comm. Reg. No. ( 1010456918 )  
C.C.M ( 101000457707 )



شركة مجموعة طب الأسرة للاستثمار  
ALOSRAH MEDICAL CO. GROUP FOR INVESTMENT

شركة مجموعة طب الأسرة للإستثمار  
س.ت.رقم ( ١٠١٠٤٥٦٩١٨ )  
عضوية غرفة تجارية ( ١٠١٠٠٠٤٥٧٧٠٧ )

## Sick Leave Report

MRN:	6000954030	Patient Name:	نجلء احمد عبدالعزيز الخريف
Visit Num:	6418515	Claim Num:	20630560
Doctor Code:	311	Doctor Name:	حمزه السيد حمزه
Patient Name :	نجلاء احمد عبدالعزيز الخريف	اسم المريض :	اسم المريض :
Medical Record Number :	6000954030	رقم السجل الطبي :	رقم السجل الطبي :
Gender :	Female	جنس :	جنس :
Nationality :	سعودي	جنسية :	جنسية :
Date Of Birth :	1994-11-03	تاريخ الميلاد :	تاريخ الميلاد :
Date Of Visit :	2023-03-20	تاريخ الزيارة :	تاريخ الزيارة :
Admission Date :	2023-03-20	تاريخ الدخول :	تاريخ الدخول :
Discharge Date:		تاريخ الخروج :	تاريخ الخروج :
Occupation:		الوظيفة	الوظيفة
Work Place	شركة أوتاد العقارية	جهة العمل	جهة العمل
Ref No.	6000954030	رقم الإحالة	رقم الإحالة
Ref Date	2023-03-20	تاريخ الإحالة	تاريخ الإحالة

### Recommendation

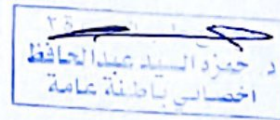
- |   |                          |             |   |
|---|--------------------------|-------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sick leave for 1 Days Starting From       | 2023-03-20 to 2023-03-20 | توصيات      | بالكشف على المريض نوصي بالاننى منحة اجازة مرضية 1 يوم وتبدأ                   |
| <input type="checkbox"/> Follow Up before end of sick leave                   |                          |             | <input checked="" type="checkbox"/> إعتبارا من                                |
| <input type="checkbox"/> Referral to medical committee for following reasons: |                          |             | <input type="checkbox"/> مراجعه الطبيب المعالج قبل انتهاء اجازة               |
| <input type="checkbox"/> Approval for sick leave.                             |                          | التهاب معدة | <input type="checkbox"/> إحالة إلى الهيئة الطبية العامة 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

اسم الطبيب المعالج : Hamza Al sayed Hamza

التاريخ : 03-20-2023

التوقيع :  
تصديق المدير :  
الإسم :  
التوقيع :



التاريخ

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