

Sick Leave Report

تقرير بإجازة مرضية

| | | | |
|----------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------|
| Patient Name | Ahmad Abdulaziz Bin Al-Shaihk | احمد عبدالعزيز بن الشيخ | اسم المريض |
| File No | 1610817 | 1610817 | رقم السجل الطبي |
| Sex | Male | نكر | الجنس |
| Occupation | | | المهنة |
| Nationality | Saudi | سعودي | الجنسية |
| Birth Date | 20-08-1994 | 13-03-1415 | تاريخ الميلاد |
| Place of work | شركة الدفه | شركة الدفه | جهة العمل |
| Date of visit | 13-06-2021 | 03-11-1442 | تاريخ المراجعة |
| Adm Date | 13-06-2021 | 03-11-1442 | تاريخ الدخول |
| Discharge Date | | | تاريخ الخروج |

| | |
|---|---|
| Recommendation ** | التوصيات ** |
| Following medical examination, it is recommended | بالكشف على المريض نوصي بالآتي |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sick Leave For : One Day | <input checked="" type="checkbox"/> منحه إجازة مرضية لمدة : يوم واحد |
| Starting from 13-06-2021 To 13-06-2021 | اعتبارا من 03-11-1442 هـ الى 03-11-1442 هـ |
| <input type="checkbox"/> Follow up before end of sick leave | <input type="checkbox"/> مراجعة الطبيب المعالج قبل انتهاء إجازته |
| <input type="checkbox"/> Referral to Medical committee for following reason | <input type="checkbox"/> إحالته إلى الهيئة الطبية العامة لأحد الأسباب التالية |
| <input checked="" type="checkbox"/> Approval of sick leave | <input checked="" type="checkbox"/> اعتماد التقرير الطبي |
| <input type="checkbox"/> cannot be treated at this facility | <input type="checkbox"/> من غير الممكن علاجه بالمستشفى |
| <input type="checkbox"/> Permanent or partial disability | <input type="checkbox"/> حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية أو قطعية |
| <input type="checkbox"/> Others | <input type="checkbox"/> أخرى |

| | |
|--|---|
| Treating Phys : Khaled Hussein Mohammed Al Sig : The report has been Signed Electronically Physican Name : Mujeeb Alrahman Mansour Alwaleedi Sig : The report has been Signed Electronically Approval by : Medical Director Name : Khalid Abdulrazzaq Hassan Al Hassan Sig : Date : | اسم الطبيب المعالج : خالد حسين محمد المرغدي التوقيع : تم التوقيع الكترونيا اسم الطبيب : مجيب الرحمن منصور الوليدي التوقيع : تم التوقيع الكترونيا تصديق : المدير الطبي الاسم : خالد عبدالرزاق حسن الحسن التوقيع : التاريخ : |
|--|---|



| | |
|--|----------------------|
| سعادة / شركة الدفه إشارة إلى إحالتكم رقم بشأن طلب الكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه إشارة إلى مراجعة الموظف لديكم والموضح اسمه أعلاه للكشف عليه تجدون بعالية التقرير الصادر بشأنه التوقيع: موقع الكترونيا التاريخ : | بتاريخ 13-06-2021 |
|--|----------------------|

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| رقم الصادر | 16881 |
| الأصل لجهة عمل المريض | <input type="checkbox"/> |
| للمريض | <input type="checkbox"/> |
| لملف المريض | <input type="checkbox"/> |