

# Dr. ALIA POLYCLINIC

C.R.: 1010168790

05908



مجمع عيادات د. عالية الطبية

سجل تجاري : ١٠١٠١٦٨٧٩٠

تقرير بإجازة مرضية  
Sick Leave Report

|   |                 |   |
|---|-----------------|---|
| Patient Name :  | اسم المريض      | عبد العزيز محمد الالمري   |
| Medical Record No. :                                  | رقم السجل الطبي | ٢٠٠٠٠٠٠٠  |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | الجنسية         | ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> |
| Nationality :   | تاريخ الميلاد   | ١٩٨٠  |
| Date of Birth :                                       | المهنة          | معلم  |
| Occupation :  | جهة العمل       | مدرسة ابن خلدون   |
| Place of Work :                                       | تاريخ المراجعة  | ١٤٣٣ هـ   |
| Date of Visit :                                       | تاريخ الدخول    | ١٤٣٣ هـ   |
| Adm Date :  | تاريخ الخروج    | ١٤٣٣ هـ   |
| Discharge Date :                                      |                 |   |

## Recommendation

## التوصيات

Following Medical Examination , It Is Recommended

بالكشف على المريض يوصى بالآتي

- Sick Leave For Day (s)  منح إجازة مرضية لمدة ( كتابة ) يوم / أيام اعتباراً من ١٤٣٣ هـ إلى ١٤٣٣ هـ
- Starting From ..... To : ..... ورقماً ( )
- Follow up Before end Of Sick Leave  مراجعة الطبيب المعالج قبل إنهاء أجازته
- Referral to Medical Committe For  إحالته إلى الهيئة الطبية العامة لأحد الأسباب التالية
- Following reasons:
- Approval Of Sick leave  اعتماد التقرير الطبي
- Cannot be treted at this facility  من غير الممكن علاجه في المستشفى
- Permanent or Partial disability .  حالته تدل على حجرة الصحي عن العمل بصورة جزئية أو قطعية
- Others : .....  أخرى : ..... انقطاع

Treating Physician Name: ..... اسم الطبيب المعالج

Signature : ..... Badge No.: ..... الرقم

Physician Name : ..... اسم الطبيب

Signature : ..... التوقيع

Approved by the Director of A.P.C. ..... تصديق مدير مجمع عيادات د. عالية الطبية

Name : ..... الاسم

Signature: ..... Date: ..... التاريخ

الختم الرسمي

الرقم ..... التاريخ : / / هـ

سعادة / ..... المحترم

إشارة إلى إحالتكم رقم ..... وتاريخ

بشأن طلب الكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه

إشارة إلى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه أعلاه للكشف عليه

تجدون بعالية التقرير الصادر بشأنه

مدير مجمع عيادات د. عالية الطبية

اسمه ..... التاريخ

التوقيع

