



## Sick Leave Report

## تقرير بإجازة مرضية

Patient Name  
File No  
Sex  
Occupation  
Nationality  
Nationality ID  
Birth Date  
Place of work  
Date of visit  
Adm Date  
Discharge Date

المهنة  
الجنسية  
رقم الهوية  
تاريخ الميلاد  
جهة العمل  
تاريخ المراجعة  
تاريخ الدخول  
تاريخ الخروج

## Recommendation \*\*

Following medical examination, it is recommended

Sick Leave For :  Days

Starting from  To

Follow up before end of sick leave

Referral to Medical committee for following reason:

- Approval of sick leave  
 cannot be treated at this facility  
 Permanent or partial disability

Others

## \*\* التوصيات

بالكشف على المريض نوصي بالآتي

منحه إجازة مرضية لمدة :  أيام

اعتباراً من  هـ إلى  هـ

مراجعة الطبيب المعالج قبل انتهاء إجازته

إحالته إلى الهيئة الطبية العامة لأحد الأسباب التالية

- اعتماد التقرير الطبي  
 من غير الممكن علاجه بالمستشفى  
 حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية أو قطعية

أخرى يعاني من حراره زكام.

Treating Phys : Mohamad Kamel Ali

Sig : The report has been Signed Electronically

Physican Name :

Sig : The report has been Signed Electronically

Approval by : Medical Director

Name : Khalid Abdulrazzaq Has

Sig :

Date : Stamp



اسم الطبيب المعالج : محمد كامل علي

التوقيع : تم التوقيع الكترونياً

اسم الطبيب :

التوقيع : تم التوقيع الكترونياً

تصديق : المدير الطبي

الاسم : خالد عبدالرزاق حسن الحسن

التوقيع :

التاريخ : الختم الرسمي

المحترم

سعادة /

والموافق

بتاريخ

إشارة إلى إحالتكم رقم

بشأن طلب الكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه

إشارة إلى مراجعة الموظف لديكم والموضح اسمه أعلاه للكشف عليه تجدون بعاليه التقرير الصادر بشأنه

التاريخ :

التوقيع : موقع الكترونياً

التاريخ :

رقم الصادر

لملف المريض

للمريض

الأصل لجهة عمل المريض