

## 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

## \*\* التوصيات

بالكشف على المريض نوصي بالآتي

 Sick Leave For :  Days

 منحه إجازة مرضية لمدة :  أيام
Starting from  To اعتباراً من  إلى  هـ
 Follow up before end of sick leave

 مراجعة الطبيب المعالج قبل انتهاء إجازته

 Referral to Medical committee for following reason:

 إحالته إلى الهيئة الطبية العامة لأحد الأسباب التالية

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

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

 Others

 أخرى يعاني من حراره زكام.

Treating Phys : Mohamad Kamel Ali

اسم الطبيب المعالج : محمد كامل علي

Sig : The report has been Signed Electronically

التوقيع : تم التوقيع الكترونياً

Physican Name :

اسم الطبيب :

Sig : The report has been Signed Electronically

التوقيع : تم التوقيع الكترونياً

Approval by : Medical Director

تصديق : المدير الطبي

Name : Khalid Abdulrazzaq Has

الاسم : خالد عبدالرزاق حسن الحسن

Sig :

التوقيع :

Date : Stamp

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