Dallah Health

مستشفى دلة
DallahHospital
Al Nakheel النخيل

دلة الصحية

VISION رؤية 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

## Sick Leave Report — تقرير بإجازة مرضية

| | |
|---|---|
| **Patient Name** | اسم المريض |
| **File No** | رقم السجل الطبي |
| **Sex** | الجنس |
| **Occupation** | المهنة |
| **Nationality** | الجنسية |
| **Nationality ID** | رقم الهوية |
| **Birth Date** | تاريخ الميلاد |
| **Place of work** | جهة العمل |
| **Date of visit** | تاريخ المراجعة |
| **Adm Date** | تاريخ الدخول |
| **Discharge Date** | 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 reaso

- ☐ 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 : ايام

اعتبارا من هـ الى هـ

☒ مراجعة الطبيب المعالج قبل انتهاء إجازته

☐ احالته 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 | : محمد كامل علي | اسم الطبيب المعالج |
| Sig | : The report has been Signed Electronically | : تم التوقيع الكترونيا | التوقيع |
| Physican Name | : | : | اسم الطبيب |
| Sig | : The report has been Signed Electronically | : تم التوقيع الكترونيا | التوقيع |
| Approval by | : Medical Director | : المدير الطبي | تصديق |
| Name | : Khalid Abdulrazzaq Has | : خالد عبدالرزاق حسن الحسن | الاسم |
| Sig | : | : | التوقيع |
| Date | : Stamp | الختم الرسمي : | التاريخ |

التقارير الطبية
510/003
Medical Reports
مستشفى دلة DallahHospital
س.ت. 1010128530 C.R.

سعادة / المحترم

☐ إشارة إلى إحالتكم رقم بتاريخ والموافق

بشأن طلب الكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه

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

التوقيع :موقع الكترونيا التاريخ :

رقم الصادر التاريخ :

الأصل لجهة عمل المريض ☐ للمريض ☐ لملف المريض