

# AL-RABE'A MEDICAL COMPLEX

License No. M.F - 215 / 3 / 4

P.O.Box 106091 - Al-Riyadh 1666 - Al-Rawdah

King Faisal Quarter - Al-Shaikh Hassan Bin Hassin B. Ali St.

Tel.: 2287042 - Fax : 2280443

Kingdom of Saudi Arabia



## مجمع الربيع الطبي

ترخيص رقم : م ف ٢١٥ / ٣ / ٤

ص.ب ١٠٦٠٩١ - الرياض ١٦٦٦ - الروضة

حي الملك فيصل - شارع الشيخ حسن حسين بن علي

ت : ٢٢٨٧٠٤٢ - فاكس : ٢٢٨٠٤٤٣

المملكة العربية السعودية

### تقرير بإجازة مرضية

### SICK LEAVE REPORT

Patient Name : تركي محمد عبد العيش : اسم المريض :  
Medical Record No.: ١٢٩٦٢٩ : رقم السجل الطبي :  
☐ M ☐ F ☐ أنثى ☒ ذكر : الجنسية :  
Nationality : سعودي : تاريخ الميلاد :  
Date of Birth : : المهنة :  
Occupation : طبيب : جهة العمل :  
Place of Work : جامعة الإمام محمد بن سعود : تاريخ المراجعة :  
Date of Visit : ١٤٣٨ / ٨ / ١٥ هـ : تاريخ الدخول :  
Adm Date : هـ / / هـ : تاريخ الخروج :  
Discharge : هـ / / هـ

### Recommendation

### التوصيات

Following medical examination, it is recommended

بالكشف على المريض نوصي بالآتي :

☐ Sick leave for..... day(s) : ١٢٣٨ / ٨ / ١٥ : ☒ منحة إجازة مرضية لمدة ( كتابة )  
Starting From..... To..... : ١٢٣٨ / ٨ / ١٥ : ورقما ( ١ ) يوم / أيام اعتبارا من ١٢٣٨ / ٨ / ١٥ إلى ١٢٣٨ / ٨ / ١٥  
☐ Follow up Before end of sick leave : ☐ مراجعة الطبيب المعالج قبل انتهاء إجازته  
☐ Referral to Medical Committee for following up : ☐ إحالته إلى اللجنة الطبية العامة لأحد الأسباب التالية :  
☐ Approval of sick leave : ☐ اعتماد التقرير الطبي  
☐ Cannot be treated at this facility : ☐ من غير الممكن علاجه في المستشفى  
☐ Permanent or partial disability : ☐ حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية أو قطعية  
☐ Others : حالة الربو الحاد مع ارتفاع مازر : ☒ أخرى

Treating Physician Name : د. محمد عبد العيش : اسم الطبيب المعالج :  
Signature : محمد عبد العيش : التوقيع :  
Physician Name : د. محمد عبد العيش : اسم الطبيب :  
Signature : محمد عبد العيش : التوقيع :  
Approval by the director of ALRABE'A MEDICAL CLINIC : د. محمد عبد العيش : تصديق مدير مجمع الربيع الطبي :  
Name : د. محمد عبد العيش : الاسم :  
Signature : محمد عبد العيش : التوقيع :  
Date : ١٢٣٨ / ٨ / ١٥ هـ : التاريخ :



المحترم

سعادة / :  
إشارة إلى إحالتكم رقم :  
بشأن طلب الكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه .  
إشارة إلى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه أعلاه للكشف عليه تجدون بعاليه التقرير الصادر بشأنه .  
مدير / مجمع الربيع الطبي :  
اسمه :  
التوقيع :  
التاريخ :  
هـ / / هـ