تقرير الفحص الطبي

اسم الموظف: الاختبار:

الشركة: رقم الموظف:

المنصب:

قام طبيب الفحص أو الاستشاري الطبي بمراجعة المعلومات الطبية المتعلقة بالموظفين المذكورين أعلاه، وتم تقرير الحالة التالية:

أ ( ) لا يوجد أي عائق طبي يتعارض مع مهام الفرد.

ب ( ) توجد حالة طبية لا تتعارض مع مسؤوليات الوظيفة. وقد تم إبلاغ الفرد بهذه النتيجة.

ج ( ) أوضح الفحص عن وجود خلل طبي قد يتطلب اهتمامًا خاصًا من الشركة.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د ( ) مؤجل في انتظار المزيد من التقييم.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هـ ( ) ترخيص استخدام جهاز التنفس الصناعي، إذا كان ذلك ممكنًا.

بناءًا على المعلومات التي تم استنتاجها من الفحص الطبي، وجد أن الشخص المذكور أعلاه من الناحية الطبية:

( ) مؤهل لاستخدام جهاز التنفس الصناعي

( ) غير مؤهل لاستخدام جهاز التنفس الصناعي

و ( ) يوصي بالمتابعة مع الطبيب الشخصي.

توقيع الطبيب المراجع

العنوان

رقم الرخصة

رقم الهاتف