## نموذج تصريح تلقي العلاج الطبي

اسم الشركة: التاريخ:

إلى: الطبيب

 العنوان:

من: رقم الوظيفة: عنوان الوظيفة:

الموقع:

 الشارع المدينة الدولة الرقم البريدي الهاتف

يرجى تقديم العلاج الطبي لـ:

الموظف: عنوان المنزل:

 الشارع

 المدينة الدولة رقم الهاتف

تاريخ الإصابة: وقت الإصابة: صباحًا/ مساءًا

طبيعة الإصابة:

كيف حدثت الإصابة:

صدر بواسطة:

التوقيع: التاريخ:

تقرير الطبيب و حالة المريض

المريض:

تعالج من:

الإصابة أو المرض

 قادر على استكمال المهام المعتادة

 قادر على استئناف المهام مع فرض القيود التالية

 غير قادر على العودة إلى العمل

 يتوقف عن العمل لمدة يوم تقريبًا

 العودة من أجل العلاج في

توقيع الطبيب التاريخ