

المملكة الأردنية الهاشمية

وزارة الصحة

مستشفى أبي عبدة الحكومي

طلب معاينة طبية رقم ()

الدائرة:.....

اسم الرئيس المباشر:.....

التوقيع:.....

توقيع مدير مديرية التي يعمل بها الموظف:.....

إلى طبيب الحكومة في مركز:.....

أرسل إليكم المذكور أدناه من اجل:.....

التاريخ:.....

المعلومات الشخصية: (تعبأ من قبل شؤون الموظفين في الدائرة التي يعمل بها الموظف) على نسختين

تاريخ آخر إجازة ممنوحة من اللجان الطبية العلاجية اللوائية /المركزية/العليا / أو من قبل الطبيب العام/ أخصائي في المركز الصحي أو من مستشفى خلال سنة ومدة الإجازات المرضية الممنوحة لصاحب العلاقة	المسمى الوظيفي	الرقم الوظيفي	العمر	الاسم من أربع مقاطع
				الرقم الوطني

الحالة المرضية: (تعبأ من قبل الطبيب المعالج)

العلاج والإجراءات	التشخيص الطبي	الأعراض / الشكوى الحالية
	المبررات والتنسيب (الإحالة للمستشفى)	الإجازة الممنوحة

توقيع وختم الطبيب:.....

اسم الطبيب من أربع مقاطع:.....

توقيع و ختم مدير مستشفى أبي عبدة

الطبيب المعالج

يجب التأكد من هوية المريض