

اسم المنشأة الصحية.....:
رقم الملف الطبي.....:
تاريخ الفحص...../...../.....:

أولاً: بيانات طالب الترخيص

الاسم الكامل.....:
رقم الهوية/الإقامة.....:
تاريخ الميلاد...../...../.....:
الجنسية.....:
رقم الجوال.....:

ثانياً: الفحص الطبي

الطول.....سم:
الوزن.....كجم:
ضغط الدم.....:
حدة الإبصار.....:
فحص السمع.....:
الفحص العام.....:

ثالثاً: التاريخ المرضي

هل توجد أمراض مزمنة؟
☐ نعم ☐ لا

إن وجدت، تذكر:

.....

هل توجد أدوية مستخدمة بصورة مستمرة؟
☐ نعم ☐ لا

التفاصيل:

.....

رابعاً: الفحوصات المطلوبة

ملاحظات الطبيب	النتيجة	الفحص
.....		الفحص العام
.....		فحص النظر
.....		فحص السمع
.....		فحوصات أخرى

خامساً: النتيجة الطبية

بعد إجراء الفحص الطبي والاطلاع على النتائج، تكون النتيجة:

- ☐ لائق طبياً وفق المتطلبات المعتمدة
☐ غير لائق طبياً وفق المتطلبات المعتمدة
☐ يحتاج إلى فحوصات/تقييم إضافي

ملاحظات الطبيب:

.....
.....

سادساً: اعتماد الطبيب

اسم الطبيب :
التخصص :
رقم الترخيص المهني :
التوقيع :
التاريخ :/../..
ختم المنشأة الصحية :