

Ref. :

الرقم : وص / م.ع.م.ص.ح / 17 / 2016 م

Date :

التاريخ : 13 / شوال / 1437 هـ

الموافق : 18 / يوليو / 2016 م

المحترمين الأفاضل / مدراء دوائر المؤسسات الصحية الخاصة بالمحافظات

تحية طيبة وبعد ،،،

(17 / 10 / 2016)

الموضوع / نماذج منح الموظفين إجازات مرضية أو إجازة مرافق مريض أو إجازات بالحضور للعيادات الخارجية

بالإشارة الى الرسالة الواردة إلينا رقم 2 / 2 / أ / 8 / 2523 بتاريخ 6 شوال 1437 هـ الموافق 11 يوليو 2016 من مكتب سعادة الوكيل للشئون الصحية بخصوص الموضوع المذكور أعلاه .

عليه نرفق لكم بالظي عدد (5) من الإستمارات المذكورة أعلاه برجاء التكرم بتعميمها على جميع المؤسسات الصحية الخاصة التابعة لمحافظةكم وذلك للأهمية ، هذا للإطلاع والعمل به . شاكرين ومثمين جهودكم وتعاونكم معنا .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

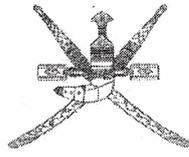
و.ا.ب.

الدكتور / مازن بن جواد الخابوري

مدير عام المديرية العامة للمؤسسات الصحية الخاصة



نسخة إلى :
- سعادة الدكتور / مستشار الوزارة للشئون الصحية
الملف



لائحة الوقائع

رقم التسجيل كوارد : ٦٣٨٢ تاريخ التسجيل : ٢٠١٦/٠٧/١٨

رقم الوارد : تاريخه : ٢٠١٦/٠٧/١٨

وارد من : مكتب الوكيل للشئون الصحية

وارد إلى : مكتب مدير عام المديرية العامة للمؤسسات الصحية الخاصة

الموضوع : نماذج منح الموظفين اجازات مرضية او اجازة مرافق مريض او افادات بالحضور للعيادات الخارجية

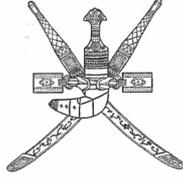
المرفقات :

الإجراءات/المشروعات والتوقيع

electronic ^{١٤} ام

9

تم الاذن مع مكتب الوكيل للافاده الكترونياً



Sultanate of Oman
Ministry of Health
Under Secretary's Office
for Health Affairs

سلطنة عُمان
وزارة الصحة
مكتب الوكيل للشؤون الصحية

No. :

الرقم : ٢٠٢٣ / ١٨ / ١٢

Date :

التاريخ : ١٦ شوال / ١٤٤٧ هـ

الموافق : ١١ / يوليو / ٢٠١٦ م

وزارة الصحة
مكتب الوكيل للشؤون الصحية
٦٢٨٢
١٨ / ٧ / ٢٠١٦

الفاضل الدكتور / مدير عام المؤسسات الصحية الخاصة المحترم

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته،،،

الموضوع / نماذج منح الموظفين إجازات مرضية أو إجازة مرافق مريض أو إفادات بالحضور للعيادات الخارجية

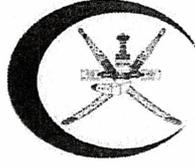
إيماء إلى الموضوع أعلاه ، وبناء على توجيهات سعادة الدكتور وكيل الوزارة للشؤون الصحية يطيب لي ان أرفق لكم بالطي مرفقا به نماذج منح موظف الإجازات المشار إليها أعلاه ، فيودكم سعادته عمل اللازم لتعميم هذه النماذج على المؤسسات الصحية الخاصة الواقعة ضمن نطاق إشرافكم للعمل وفق الآليات المعمول بها .

وتفضلوا بقبول وافر الإحترام والتقدير،،،

القائم بأعمال مدير مكتب الوكيل للشؤون الصحية

المحترم

دسنة إلى :
- الدكتور / مستشار الرعاية الصحية الأولية



Sultanate Of Oman
Ministry Of Health
.....Hospital/Health Center

سلطنة عمان
وزارة الصحة
.....مستشفى / مركز صحي

شهادة إجازة مرضية لمريض بالعيادة الخارجية/ قسم الطوارئ
Certificate of Sick Leave for a Patient Attending OPD/Emergency Dept.

Date of Issue/ تاريخ الإصدار : / /

Details of Patient / بيانات المريض :-

Patient Name / اسم المريض :-.....

Age / العمر :- Sex / الجنس :-.....

Job & Place Of Work / الوظيفة وجهة العمل :

Hospital No/ رقم المستشفى :-

O.P. Department / القسم بالعيادة الخارجية :-..... Clinic/العيادة :.....

Date /Time Of Accompaniment / تاريخ ووقت الحضور :-/...../..... From time :..... To Time:

((This is to certify that the above mentioned Patient was examined and treated as outpatient and found to suffer from))

This is to certify that the patient is authorized to get a sick leave fordays from:...../...../..... To:...../...../.....

((هذه شهادة بأن المريض قد حضر للفحص والعلاج ومُنح إجازة مرضية لمدة: أيام في الفترة من:...../...../..... إلى :...../...../.....))

Doctor's Name:

Designation/Specialty:

Staff No. :

Signature & Rubber Stamp of Doctor

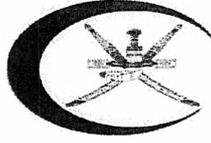
- (If Sick leave exceeds Three days it should be counter signed Hospital Director/Concerned Consultant/Head of Health Center)
(إذا تجاوزت الإجازة ثلاثة أيام يجب اعتمادها من مدير المستشفى أو الاستشاري/ أو رئيس المركز الصحي)

Name of Hospital Director/Consultant/Head of H.C. :

Signature:



- (This Certificate is not valid without the Hospital/HC Stamp - هذه الشهادة غير معتمدة بدون ختم المستشفى/المركز الصحي-)



Sultanate Of Oman
Ministry Of Health
.....Hospital

سلطنة عمان
وزارة الصحة
.....مستشفى

شهادة إجازة مرضية لمريض مرقد بالمستشفى

Sick leave Certificate for an Admitted Patient in the Hospital

Date of Issue/ تاريخ الإصدار : / /

Details of Admitted Patient / بيانات المريض المرقد :-

Patient Name / إسم المريض :-.....

Age / العمر :- Sex / الجنس :-.....

Job & Place Of Work / الوظيفة وجهة العمل :

Hospital No/ رقم المستشفى :-

Department / القسم :-.....

Diagnosis / التشخيص :-

Remarks for follow up/ ملاحظات المتابعة :-.....

Date Of Admission / تاريخ الترقيد :-/...../.....

Date of Discharge / تاريخ الخروج :-/...../.....

Total Sick Leave : No. of Days ;days From/...../..... To/...../.....

((هذه شهادة بأن المريض المذكور أعلاه قد تم ترقيده بالمستشفى ومُنح إجازة مرضية لمدة: أيام في الفترة من: إلى:))

Doctor's Name:

Designation/Specialty:

Staff No.:

Signature & Rubber Stamp of Doctor

- (If Sick leave exceeds Three days it should be counter signed Hospital Director/Concerned Consultant/Head of Health Center)
(إذا تجاوزت الأجازة ثلاثة أيام يجب اعتمادها من مدير المستشفى أو الأستشاري/ أو رئيس المركز الصحي)

Name of Director/Head of Hospital:

Signature:



- (This Certificate is not valid without the Hospital Stamp/ هذه الشهادة غير معتمدة بدون ختم المستشفى)



Sultanate Of Oman
Ministry Of Health
.....Hospital

سلطنة عمان
وزارة الصحة
.....مستشفى

شهادة مرافقة لمريض مرقد بالمستشفى

Certificate Of Accompaniment to an Admitted Patient

Date of Issue/ التاريخ : / /

Patient Name / إسم المريض :-.....

Age / العمر :- Sex / الجنس :-.....

Hospital No/ رقم المستشفى :-

Department / القسم :-.....

Date Of Admission / تاريخ الترفيد :-/...../.....

((The Patient Condition required an attendant as per the instructions of the treating doctor))

((حالة المريض تحتاج لوجود مرافق له حسب تعليمات الطبيب المعالج))

Details of Accompanying Person / بيانات المرافق للمريض :

Attendant's Name / إسم المرافق :-.....

Job & Place Of Work / الوظيفة وجهة العمل :-

Relation to patient / صلة القرابة بالمريض :-

This is to inform that He/She had accompanied the above mentioned patient for:..... Days, From:...../...../..... To:...../...../.....

(هذه شهادة بأن هذا الشخص قد قام بمرافقة المريض المذكور أعلاه والمرقد بالمستشفى لمدة: أيام في الفترة من:...../...../..... إلى :/...../.....)

Doctor's Name:

Designation/Specialty:

Staff No.:

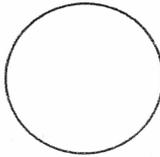
Signature & Rubber Stamp of Doctor

- (If this leave exceeds Three days it should be counter signed Hospital Director/Concerned Consultant)

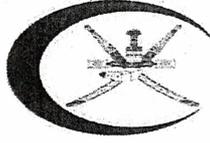
(إذا تجاوزت هذه الأجازة ثلاثة أيام يجب اعتمادها من الاستشاري/ مدير / رئيس المستشفى)

Name of Consultant /Director/Head of Hospital :

Signature:



- (This Certificate is not valid without the Hospital Stamp/ هذه الشهادة غير معتمدة بدون ختم المستشفى)



Sultanate Of Oman
Ministry Of Health
.....Hospital /HC

سلطنة عمان
وزارة الصحة
.....مستشفى / مركز صحي

إفادة بحضور مريض إلى العيادة الخارجية / قسم الطوارئ
Notice Of Attendance of Patient in OPD/Emergency Dept.
((هذه الإفادة لا تعتبر أجازة مرضية/ قسم الطوارئ))

Date of Issue/ التاريخ :/...../

Details of Patient / بيانات المريض :-

Patient Name / اسم المريض :-.....

Age / العمر :- Sex / الجنس :-.....

Hospital No/ رقم المستشفى :-

O.P. Department / القسم بالعيادة الخارجية :-..... Clinic/العيادة:.....

Date /Time Of Attendance / تاريخ وقت الحضور :-/...../..... From Time/من الساعة To Time/إلى الساعة:.....

Diagnosis/التشخيص :

((This Notice is to inform that the above mentioned Patient was examined and treated in the OPD/Emergency Dept.))

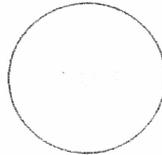
((هذه إفادة بأن المريض المذكور أعلاه قد حضر للفحص والعلاج بالعيادة الخارجية/ أو قسم الطوارئ))

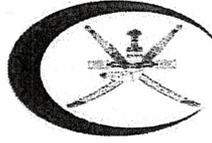
Doctor's Name:

Designation/Specialty:

Staff No. :

Signature & Rubber Stamp of Doctor





Sultanate Of Oman
Ministry Of Health
.....Hospital/H.C.

سلطنة عمان
وزارة الصحة
.....مستشفى/ مركز صحي

إفادة بمصاحبة مريض بالعيادة الخارجية/ قسم الطوارئ
Notice Of Accompaniment to Patient in OPD/Emergency Dept.
((هذا الإفادة لا تعتبر أجازة مرضية/ مرضية))

Date of Issue/ التاريخ :/...../.....

Details of Patient / بيانات المريض :-

Patient Name / إسم المريض :-.....

Age / العمر :- Sex / الجنس :-.....

Hospital No/ رقم المستشفى :-

O.P. Department / القسم بالعيادة الخارجية :-..... Clinic/العيادة :.....

Date /Time Of Accompaniment / تاريخ ووقت الحضور :-/...../..... From Time/من :..... To Time/إلى :.....

((This Notice is to inform that the above mentioned Patient was examined and treated as outpatient only))

((هذه إفادة بأن المريض المذكور أعلاه قد حضر للفحص والعلاج بالعيادة الخارجية/قسم الطوارئ فقط))

Details of Accompanying Person / بيانات الشخص المصاحب للمريض :-

Person Name / إسم المصاحب للمريض :-.....

Job & Place Of Work / الوظيفة وجهة العمل :

Relation to patient / صلة القرابة بالمريض :

(Note:- He /She had accompanied the patient whose condition required that on:/...../..... From Time :..... To Time :

(هذه إفادة بأن هو/هي قد قاموا بمصاحبة المريض المذكور أعلاه نظراً لحاجته لذلك بتاريخ :...../...../..... من الساعة : إلى الساعة :

Doctor's Name:

Designation/Specialty:

Staff No. :

Signature & Rubber Stamp of Doctor

