



| | |
|-------------------------------------|---|
| صورة شخصية (يختم على الصورة) | الموضوع |
| | التاريخ |
| | السادة / الهيئة السعودية للتخصصات الصحية المحترمين نفيدكم أنه تم إجراء الكشف الطبي على /----- الجنسية:-----بطاقة / إقامة رقم-----وذلك لتقييم الحالة الصحية العامة والقدرة على العمل في المجال الصحي . |

| غير لائق | لائق | الكشف عن |
|----------|------|------------------|
| | | الحالة الجسمانية |
| | | البصر |
| | | السمع |
| | | الجهاز العصبي |
| | | الفحص النفسي |
| | | أخرى (تذكر) |

| | |
|--|---|
| بعد الكشف الطبي تبين أنه : | |
| <input type="checkbox"/> لائق للعمل الطبي | <input type="checkbox"/> غير لائق للعمل الطبي |
| اسم الطبيب :-----التوقيع :-----ختم المستشفى | |
| ملحوظات : | |
| <ul style="list-style-type: none">• يقبل الكشف الطبي من المستشفيات والمراكز الطبية الكبيرة ما عدا المستوصفات ومقر عمل الممارس الصحي .• في حال التوصية بأن الممارس غير لائق للعمل الطبي يرفق تقرير طبي مفصل يوضح تفاصيل الحالة . | |