**نموذج الكشف الطبي لرخصة القيادة**

|  |  |
| --- | --- |
| **الاسم** |  |
| **رقم الملف الطبي** |  |
| **رقم المنسوب / الرقم الجامعي** |  |
| **رقم السجل المدني /هوية مقيم** |  |
| **تاريخ الميلاد** |  |
| **الجنس** |  |
| **رقم الكفيل** |  |
| **رقم الجوال** |  |

**الكشف الطبي**

|  |  |
| --- | --- |
| **مستوى النظر** | **العين اليمنى بالتقويم (6-1): ...........العين اليسرى بالتقويم (6-1): ................** |
| **تميز الألوان** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سليم** | **غير سليم** | **سليم بقيود** |

 |
| **فحص البصر** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سليم** | **غير سليم** | **سليم بقيود** |

 | **توقيع الطبيب** |  |
| **القيود** |
| **بلا قيود** |  | **سيارة أتوماتيك** |  |
| **طرف صناعي** |  | **بالنظارة** |  |
| **القيادة في النهار** |  | **سماعة أذن** |  |
| **سيارة خاصة للمعوقين** |  | **غير ذلك** |  |
| **العيادة الطبية** |  | **توقيع الطبيب** |  |
| **فصيلة الدم** | **A+** | **A-** | **B+** | **B-** | **AB+** | **AB-** | **O+** | **O-** |

 **آلية استكمال الإجراءات وفق الترتيب التالي:**

1. **حجز موعد بعيادة العيون 2- حجز موعد بالعيادة الطبية 3- مراجعة المختبر**

**مدير عام المركز الطبي الجامعي**

**الاسم:....................................**

**التوقيع:..................................**

**التاريخ: / / 14هـ**

الختم