

Medical Certificate

شهادة طبية

A Prescribing doctor – الطبيب المُعالج:

_____ (name / اللقب) _____ (first name(s) / الإسم) _____ (phone / هاتف) _____ (fax / فاكس)

_____ (address / العنوان)

B Patient – المريض:

_____ (name / اللقب) _____ (first name(s) / الإسم)

_____ (place of birth / مكان الولادة) _____ (date of birth / تاريخ الولادة)

_____ (no. of passport / رقم جواز السفر) _____ (sex: male / female - الجنس: ذكر / أنثى)

_____ (nationality / الجنسية) _____ (duration of travel in days / مُدة السفر بالأيام)

_____ (date of arrival / تاريخ الوصول) _____ (date of departure / تاريخ المُغادرة)

C Prescribed drug – إسم الدواء الموصوف:

_____ (trade name / الإسم التجارى) _____ (daily dose (mg) / (ملجم) الجرعة اليومية)

_____ (international name of active substance / الإسم الدولى للمادة المؤثرة) _____ (dosage form: liquid / tablets / شكل الجرعة: سائل / أقراص)

_____ (concentration of active substance / تركيز المادة المؤثرة) _____ (duration of prescription in days / مُدة التعاطى بالأيام)

_____ (total quantity of active substance (mg) / كمية المادة المؤثرة (ملجم))

The medication the patient carries has been legally prescribed for medical treatment purposes. Confiscating/not taking the medication leads to a life-threatening condition.

تم وصف هذا الدواء للمريض بطريقة شرعية بواسطة الطبيب للعلاج. مُصادرة أو عدم تناول الدواء يُمثل خطراً على الحياة.

_____ (Signature and stamp of the physician / توقيع وختم الطبيب) _____ (Date / التاريخ)