

## Sick Leave Certificate

### شهادة إجازة مرضية

Date: 14-06-2023 تاريخ:

Patient Information		
Patient Name	Sabina Moyo	اسم المريض
Patient File No.	15220	رقم ملف المريض
Visit Type	Outpatient	نوع الزيارة
Date of Admission	N/A	تاريخ الدخول
Date of Discharge	N/A	تاريخ الخروج
Patient Passport No/Emirates ID	N/A / 784-1993-6122275-7	رقم بطاقة الهوية / رقم جواز السفر
Employer	Private	جهة العمل
Employer Name	The School of Research Science LLC	إسم جهة العمل

Sick Leave Information		
Diagnosis - ICD Code	Asthma exacerbation (J45.901) (J45.901)	اسم ورقم التشخيص
Sick Leave From, To	14-06-2023, 14-06-2023	الإجازة المرضية من , إلى
Sick Leave Period	1	مدة الإجازة المرضية
Physician Remarks	Leave is valid from 13.06.2023 to 14.06.2023	ملاحظات الطبيب

Physician Information		
Physician Name	Supriya Anand	اسم الطبيب
Physician Title	General Practitioner-General Practice	تخصص الطبيب
Facility Name	Gsm Medical Center LLC	اسم المنشأة

Physician Signature		توقيع الطبيب
Physician Stamp		ختم الطبيب

Remarks: ملاحظات:

- This certificate is electronically issued and does not require a DHA stamp or attending DHA for manual attestation. - يتم إصدار هذه الشهادة إلكترونياً ولا تتطلب ختم الهيئة أو الحضور لتصديقها

- For the purpose of verification of this certificate, please visit DHA Website: <https://services.dha.gov.ae/sheryan/wps/portal/home/services-professional/online-verification> and enter the Security code & Certificate No. mentioned below. - لغرض التحقق من هذه الشهادة ، يرجى زيارة موقع هيئة الصحة بدبي: <https://services.dha.gov.ae/sheryan/wps/portal/home/services-professional/online-verification> وإدخال رمز و رقم الشهادة المذكورين أدناه.

CP\_9.3 F-06

PIN: 6080



1686754686340

**GSM Medical Center**  
**Muaded Almazrouei Bdlg -**  
**1st floor - Al Satwa Rd - near**  
**Satwa Roundabout - Al Satwa**  
**- Dubai**  
**Tel: 04-8831002,04-8831003**  
**Fax: 048831004**



**PRESCRIPTION**

Patient Name	:	SABINA MOYO	AGE	:	29 YEARS
Address	:	Arjan	Mobile	:	+971 58 529 0544
Medical Record #	:	15220	Allergies	:	-
Principal Diagnosis	:	UNSPECIFIED ASTHMA WITH (ACUTE) EXACERBATION (J45.901)			
Secondary Diagnosis	:				
Additional Remarks	:	CONTINUE TAKING VENTOLIN, 1 TIME/DAY FOR 10 DAYS WITH SINCAST, 1 TABLET, 1 TIME/DAY FOR 10 DAYS			

GENERIC/DOSE/FORM	STRENGTH	INSTRUCTIONS	QUANTITY	ROUTE OF ADMIN

Doctor Name

License Number

Date

Signature & Stamp

Dr. Supriya Anand

25580547-001

14-JUNE-2023

