

File No#: 1000017 Date: 30-9-2018 اسم المريض:
Patient Name: IBRAHIM ALBOUABIDI Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (التاريخ الميلاد): 17/07/1966 Occupation (الوظيفة): Nur&
Nationality (الجنسية): Tunisian Phone No. (رقم الهاتف): 050 5991231
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
Contact Person in Case of Emergency: 0558337160
How Did You Know About Us? I don't know anything. First visit

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا / نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No لا / نعم	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبوتات المناعة؟	Yes/No لا / نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا / نعم	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا / نعم	Appendicectomy 1984
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا / نعم	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا	Yes/No لا / نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا / نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا / نعم	
GI	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا / نعم	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا / نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا / نعم	
Other	Other conditions؟ أمراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	Yes/No لا / نعم	

لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

File No#: 1000017 Date: 30/9/2017

Patient Name: Hatim Albawabidi اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17/7/1966 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Married

Chief Complaint: pain with eating and cold on the right frequently

السجل الطبي Medical History

Diseases: — Medication: —

Allergies: — Pregnancy: —

Hospitalization: — Family History: —

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: Nothing abnormal

Clinical Findings: _____

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Card Holder Information

Name	Ibrahim,Abouabidi	IDN:	784196648691051	Mother Name:	
Name (Ar)	ابراهيم بن الميود ابو عبيدي	Card Number:	081315750	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	تونس		
Issue Date:	20/12/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	04/04/2018	Date of Birth:	17/07/1966	Sponsor Name:	وزارة الصحة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30119977068472	Residency Expiry:	04/04/2018
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

9/30/2017



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما تكرر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن هنالك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

2017/9/30

توقيع الطبيب المختص:

