

File No#: 1000019

Date: 16/4/2017

اسم المريض:

Patient Name: Hiba F zeki

Date of Birth (تاريخ الميلاد):

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Iraq

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 050-9438777

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

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

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 100019 Date: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): \_\_\_\_\_ Gender (الجنس): M / F

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Marital Status: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: Regular checks up

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_

. . REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Hiba F., Zeki	IDN:	784198528024379	Mother Name:	
Name (Ar)	هبة فضل زكي	Card Number:	081201721	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	13/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	06/12/2019	Date of Birth:	08/08/1985	Sponsor Name:	فضل زكي عيدان عيدان
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	48467017
Residency Type:	03	Residency Number:	40120163013973	Residency Expiry:	06/12/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

10/4/2017



### 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 اتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم انه 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 عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

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

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

150.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000728)

Date: 06-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000019 - hiba zaki - 971509438777

The sum of Dhs. One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-06-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae