

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000052 Date: 27/11/2017
Patient Name: Areej Mughal اسم المريض: 050-4523351
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 5/9/1981 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: _____

Chief Complaint: Pregnant - follow up
LMP: 19-7-2017
EDD 28-4-2018

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: C3 P2 A0
Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: 4/5 -> SVF, CA = 18 wks, FH + w, FM + w
adep. liquor. placenta ant, 70%.

د. لامين عبد الحميد عبد المجيد
Dr. Lamees Abdulhameed Abdulmajeed
أخصائي. أمراض النساء وولادة
Specialist - OBS / GYN
ترخيص رقم: V261
MOH License No.: V261
مركز أوركيد الطبي
Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Areej Mustafia,Mohammad,,Abukamleh	IDN:	784198118387327	Mother Name:	
Name (Ar)	أريج مصطفى محمد أبو كمله	Card Number:	078547879	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	24/05/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/05/2019	Date of Birth:	05/09/1981	Sponsor Name:	عائلات احمد محمود بنيزري
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	27548159
Residency Type:	03	Residency Number:	20120073003841	Residency Expiry:	18/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	99



Photo



Signature Image

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

11/27/2017

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

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

• اتفهم 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 ذكر 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.

• اتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما اتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماماً كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

• اتفهم أن هناك 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر اني امالك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

