



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000084

Date: 13/12/17

اسم المريض:

Patient Name: TAIBA RAHIM

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/07/1991

Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0523030095

Marital Status (الحالة الاجتماعية): MARRIED

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? Same Billings

	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 حديثة؟	Yes/No لا/نعم	minoxidil
	Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعقي من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	Rhinoplasty
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No لا/نعم	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (فقر الدم)	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 تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
	<b>*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems</b> <b>*للنساء: هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟</b>	Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم	
	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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط	Yes/No لا/نعم	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: \_\_\_\_\_ Date: 10/07/1991

Patient Name: Taiba Rahimi اسم المريض: \_\_\_\_\_

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/07/1991 Gender (الجنس): M / F

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

Marital Status: Married

Chief Complaint: Pain with masturbation  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medical History السجل الطبي

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

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

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

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

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

Clinical Findings: Poor Oral Hygiene  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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: 13/12/17

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 ذكر في الفحص الاولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

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

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

• أتفهم ان 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر أنني امتلك 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:



REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQXO

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	Taiba,,,Rahimi	IDN:	784199162046967	Mother Name:	
Name (Ar)	طيبة,,,رحيمي	Card Number:	079976112	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	NZL	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	نيوزيلاندا		
Issue Date:	05/09/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	03/09/2019	Date of Birth:	01/07/1991	Sponsor Name:	احمد فهد محمد اسحق
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0139749571
Residency Type:	03	Residency Number:	30120163030511	Residency Expiry:	03/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/13/2017

