

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000110 Date: 25/12/2017

Patient Name: Jas Sebastian اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17/03/1991 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Married # Mediant-ringe staff No. 050-4766933

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

د. لميس عبد الحميد عبد المجيد
Dr. Lamees Abdulhameed Abdulmajeed
إخصائي - أمراض النساء وولادة
Specialist - OBS / GYN
ترخيص رقم: V261
Orchid Medical Centre
مركز أوركيذ الطبي

DOCTOR NOTE

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 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 العلمية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما اتفهم 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.

ان أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: 25/12/2017

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO*

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	Ines,,,Sebiane	IDN:	784199173638257	Mother Name:	
Name (Ar)	اينس,,,سبينان	Card Number:	086093835	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	DZA الجزائر	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	31/10/2017	Date of Birth:	17/03/1991	Sponsor Name:	صوباب احمد حلمي شمشاعه
Expiry Date:	28/10/2020	Husband IDN:		Sponsor Number:	0169284513
Marital Status:	02	Residency Number:	70120173007763	Residency Expiry:	28/10/2020
Residency Type:	03	Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo



Signature Image

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

12/25/2017

ORCHID MEDICAL CENTER

PATIENT DISCOUNT APPROVAL FORM

PATIENT NAME: Was Sebianz

FILE #:

DOCTOR NAME & DEPT: Dr. Eman / GYN

FILE DATE 25/12/17

NAME OF THE TREATMENT: ~~Diagn~~ Consultation + Ultrasound


ACTUAL PRICE OF THE TREATMENT: 500

CHARGEABLE AFTER APPROVED DISCOUNT: 250

EXTRA DISCOUNT PROVIDED: 100%

FINAL AMOUNT COLLECTED: 0

REASON FOR DISCOUNT PROVIDED:

DOCTOR SIGNATURE: 

FRONT DESK SIGNATURE: 

FINAL APPROVAL
DR. YANOOF AL BEEDH

ONE COPY FOR ACCOUNTS

ONE COPY FOR PATIENT FILE