

File No#: ١٥٥٦١٥٣ Date: ٢٢/١/١٣
Patient Name: Lotisama Arakal Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): ١/١/١٩٨٨ Occupation (الوظيفة):
Nationality (الجنسية): Jordanian
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): ٥٨٥-٩٤٧٥٨٧٣
Contact Person in Case of Emergency:
How Did You Know About Us? Same Building
Weight: Height: Blood Type:
Marital Status:

Chief Complaint:

Medical History السجل الطبي
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
أخصائي - أ. نساء وولادة
Specialist - OBS / GYN
ترخيص رقم: V261
MOH License No.: V261
Orchid Medical Centre
مركز أوركيد 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 التخصصات 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 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 أتفهم أن هنالك 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 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر أنني امثلك 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: 2018 - 9 - 22

توقيع الطبيب المختص:



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : IBTISAM ARAFAT
 Age/Gender : 30 Years/F
 Ref. Physician : Dr. Eman
 Centre : Orchid Medical Center
 Ref No. : 1000153
 Sample No. : 180124688
 Received : 22/01/2018 06:28PM
 Registered : 22/01/2018 06:28PM
 Reported : 22/01/2018 07:07PM

BIO CHEMISTRY

Test / Parameters	Result	Flag	Units	Reference Range
-------------------	--------	------	-------	-----------------

PREGNANCY TEST - HCG SCREEN	Negative			
-----------------------------	----------	--	--	--

Methodology:

Sample Type : Serum

*** End Of Report ***

Thana Alwani
 Lab Incharge
 Licence no- T38204



Dr. Hatem Sang

Dr. Hatem Sang
 Pathologist
 Licence no- D44771

Final Report

Page 1 of 1

Printed on: 22/01/2018 07:09PM

P.O.Box:60727,Sharjah-UAE,King Faisal Street,Al Marzooqi Tower,CG Mall,Office-502,Tel:--971 65509991,email:-info@alsarhml.com