



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000154

Date: 22/1/18

اسم المريض

Patient Name: Samia Dahmani

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 29/7/1988

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Moroccan

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 050-4989310

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? OMC - Beirut

Weight: Height: T° 37.6 BP 110/90

Marital Status:

Chief Complaint: Sore throat, fever, joint pain,
cough for 3 days

السجل الطبي
Medical History

Diseases: /

Allergies: /

Hospitalization: /

Medication: /

Pregnancy: /

Family History: /

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

Drugs: Y/N

Remarks:

Clinical Findings: Tonsillitis (swollen tonsils)

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 أسمح 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 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الأخطار 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 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 تماماً و لا يمكن الإفلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

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	Sanaa,,,Dahmane	IDN:	784198876316492	Mother Name:	
Name (Ar)	سناه داهمان	Card Number:	084193314	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	06/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	01/07/2019	Date of Birth:	29/07/1988	Sponsor Name:	فندق جنوبي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172241974	Residency Expiry:	01/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/22/2018

SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: ORCHID MEDICAL CENTER

Date of issue 22/JAN/2018

Cert No: OMC1/2018/1005

Patient's Name:Sanaa Dahmane	File Number: 1000154
Age :31	Sex: FEMALE


Unfitness

This is to certify that the above patient visited MEDICAL CLINIC on /22/JAN //2018

The patient is unfit to work from 023 /JAN//2018 till 024 /JAN //2018

Diagnosis: TONSILLITIS AND LARYNGITIS

Comments:

Doctor's Name: EMAN MOHSEN ALI	License Number: D21329
Signature : 	Stamp : د. ايمان محسن علي Dr. Iman Mohsin Ali ممارس عام - ممارس عام General practitioner MOH License No.: D21329 مركز اوركيد الطبي Orchid Medical Centre

Notes :

- 1- Certificate is invalid if any correction are made.
- 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped.
- 3- Certificate is issued at patient's request

للإستعمال الرسمي : نصادق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور المرخص من قبل وزارة الصحة دون تحميل إدارة منطقة الشارقة الطبية اي مسؤولية من محتويات هذا التقرير (اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية)

Sharjah – cornich alkhan – alkhan palace 201 – near petrofac
Phone : +971 6 555 8337 mobile : +971 50 603 7996