



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000185

Date: 7/2/18

اسم المريض

Patient Name: IBRAHIM OMAR

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15-06-2016

Gender (الجنس): (M) / F

Nationality (الجنسية): AUSTRALIAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0543836254

Contact Person in Case of Emergency: Mohamed 0555616740

How Did You Know About Us? from outside of my window.

Weight: 13.8 Height: Blood Type:

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: Fever + redness of eye for 2 days

Radiography:

Examination: Temp 35.6 congested gums (Teething)?

chest clear

Diagnosis: Teething

R

1) Paracetol syrp 5ml x 5

2) Proctinal syrp 5ml out night

3) Advil syrp. 125mg at night

د. ايمان محسن علي

Dr. Iman Mohsin Ali

ممارس عام - ممارس عام

General practitioner

MOH License No.: D21329

مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

United Arab Emirates
Resident Identity Card

دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية / 784-1980-1604204-0

Name: Ifrah Ibrahim
الإسم: افراد إبراهيم

Nationality: Australia
الجنسية: استراليا



Ifrah - Mother

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 التخصصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف 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 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 تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي: *Ibrahim*

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص: *Ibrahim*

