



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000227

Date: 25/2/2018

اسم المريض: Patient Name: Nancy Geagea

تاريخ الميلاد (Date of Birth): 4/7/1989

الجنس (Gender): M / F

الجنسية (Nationality): Lebanese

الوظيفة (Occupation):

الحالة الاجتماعية (Marital Status): Married

رقم الهاتف (Phone No.): 055-7575743

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? My Mother Same Bilalwanj

Weight: Height: 160 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:

Radiography:

Examination :

Diagnosis:

DOCTOR NOTE

44-2018

RETURNED FILTER IN BLOOD
1 cc of VCLANA


د. غوران يوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre
ترخيص رقم: V220
مرکز اورکید الطبي

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 أتفهم ان 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناتجة 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 ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني 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: Nancy Sunday
Sunday 25, 2018

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEfAIOEBAA83ODQxO

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	Nancy,Geagea	IDN:	784198981064870	Mother Name:	
Name (Ar)	نانسي يوسف جعجع	Card Number:	086207547	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان	Sponsor Type:	03
Issue Date:	08/11/2017	Sex:	F	Sponsor Name:	جاد منصور البريدي
Expiry Date:	30/08/2020	Date of Birth:	04/07/1989	Sponsor Number:	0169185179
Marital Status:	02	Husband IDN:		Residency Number:	30/08/2020
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153118908	Occupation Field:	00
ID Type:	IL	Occupation:	10		



Photo

Signature Image

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

2/25/2018