



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1006267

Date: 16/3/2018

اسم المريض

Patient Name: Shaimaa Razai

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/9/1996 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Iranian Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 97156522444

Contact Person in Case of Emergency: -

How Did You Know About Us? Free back.

Weight: 62.4 kg Height: 159.2 cm Blood Type: BP= 110/70

Chief Complaint:

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: Hx of thyroids
Allergies: penicillin Pregnancy: Lmp= 20/1/2018
Hospitalization: / Family History: EDD 27/10/2018
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N
Remarks: GIPOAG

Clinical Findings:

Radiography:

Examination :

Diagnosis:

د. لعميس عبد الحميد عبد الحميد
Dr. Lamees Abdulhameed Abdulhameed
أخصائي - أ. نساء وولادة
Specialist - OBS/GYN
ترخيص رقم: V261
مركز أوركيذ الطبي
Orchid Medical Centre



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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 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 الطبية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما تفهم أن هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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: 2018-3-10

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Shima_Mostafa,,,Razavi	IDN:	784199057190987	Mother Name:	
Name (Ar)	شیمیا مصطفی،،،رزوی	Card Number:	074513821	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	ایران		
Issue Date:	18/08/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	15/08/2018	Date of Birth:	01/09/1990	Sponsor Name:	مصطفی عبدالعزیز رزوی
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0110455665
Residency Type:	03	Residency Number:	20120093110488	Residency Expiry:	15/08/2018
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/10/2018

