



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000268

Date: 14/3/2018

اسم المريض

Patient Name: Fafina Said

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 3/10/1984

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Indian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 971524406354

E.MAIL :

How Did You Know About Us? -

Weight: 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: PATIENT CAME FOR CONSULTATION

AT PATIENT CATEREN, NA BULAN, KE FUDS

Clinical Findings: ALL MARGINAL UTRES

Radiography:

Examination :

Diagnosis:

DOCTOR NOTE

SUBSEQUENT FILTRATE IMPROVEMENTS
(CHOLESTAN, MASS SUPPLEMENT FOLDS)
JUMPER Non (NO WOUND + WOUND)

Dr. Goran Jovanovic
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre
مركز أوركيد 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:

Fatma

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 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 انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم 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 تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتلك 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 :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

File No#: 1000268 Date: 13/3/2018
Patient Name: Fatima Saïd اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/10/1984 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): مصرية Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متاهنة Phone No. (رقم الهاتف): 971504406354
E. MAIL: _____

How Did You Know About Us?

_____ Facebook _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحتراق , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهيرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروركوينون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا

- . الأمراض الجلدية وإلتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.
- . مشاكل في الجهاز المناعي.
- . الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.
- . ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)
- . اليهاق.

أتفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انتهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتام, ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

اتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت, تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط, تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة, الم, كدمات, التهاب, ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلي ايضا ابقاء عيني مغلقان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة, وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ:

Fatma

اسم المريض/ولي امر المريض: /

التوقيع:



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000268

Date: 2/4/2018

اسم المريض: Patient Name: FATIMA SAID

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 31/10/1984

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): INDIAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): MARRIED

Phone No. (رقم الهاتف): 0504406354

E.MAIL :

How Did You Know About Us? _____

Weight: 70.90kg Height: 160.5cm Blood Type: BP = 120/70mmHg

Chief Complaint: For vaginal tightening

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /

Allergies: / Pregnancy: /

Hospitalization: / Family History: /

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

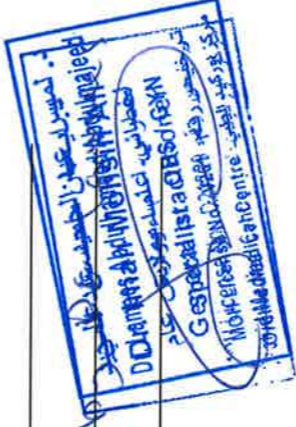
Remarks: /

Clinical Findings: /

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: for vaginal repair





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER
1000268

Date: 26/3/2018

اسم المريض

Patient Name: Fatima Saad

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 3/10/1984

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Indian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 971504406354

E.MAIL: -

How Did You Know About Us? _____

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: vaginal itching & discharge for 2 days

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /

Allergies: / Pregnancy: /

Hospitalization: / Family History: /

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

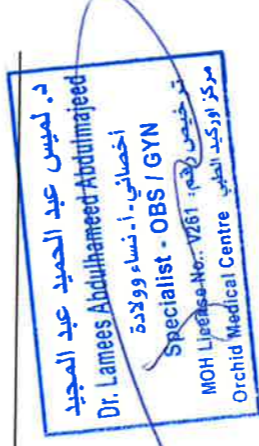
Remarks: /

Clinical Findings: Heavy vaginal discharge, yellow colour

Radiography: /

Examination: a/e cervix healthy.

Diagnosis: Vaginitis



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: 2-4-18

Dentist Signature: Fatma

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 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.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما 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 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 أقيمتها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 :

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	Fatima,Syed,Mazar,,Hussain	IDN:	784197696204102	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة سيد مظار حسين	Card Number:	077912782	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IND	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الهند	Sex:	F
Issue Date:	07/04/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	03/04/2019	Date of Birth:	12/05/1976	Sponsor Name:	على خنيس على الموالى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	246069
Residency Type:	03	Residency Number:	30120103008456	Residency Expiry:	03/04/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

فاطمة

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

3/26/2018

