



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000286

Date: 13/3/2018

اسم المريض: Nada Assaf

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17/12/1985

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): Jordanian

Occupation (الوظيفة): -

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 971528963246

EMAIL: assaf.nada@yahoo.com

How Did You Know About Us? F.B / Facebook

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: Ashtak

Medication: /

Allergies: Penicilline

Pregnancy: Lmp = 27-1-2018

Hospitalization: /

Family History: EDD 4-11-2018

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

G3 P2 A0

Remarks:

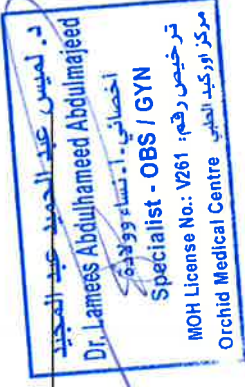
بصحة جيدة (Cephalexin, Paracetamol)

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____



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 اتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر 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 أن هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم 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 أقيمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني 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:

توقيع الطبيب المختص:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Nada	IDN:	784198507208571	Mother Name:	
Name (Ar)	Mazen,Mohammad,,Assaf نادى مازن محمد , , عساف	Card Number:	076847933	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	04/02/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	11/01/2019	Date of Birth:	17/12/1985	Sponsor Name:	جائزة الشيخ حمدان بن راشد آل مكتوم الطبيه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120137001605	Residency Expiry:	11/01/2019
ID Type:	IL	Occupation:	1237	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/13/2018

