



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: ١٥٥٥٢٨٨

Date: ١٤/٣/٢٠١٨

اسم المريض: Wafika Alshabi وفيفة السحابي

Patient Name: Wafika Alshabi

Gender (الجنس): M / (F)

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/11/1980

Nationality (الجنسية): لبنانية

Occupation (الوظيفة): ✓

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوجة

Phone No. (رقم الهاتف): 056٤33٤٣١٥

E.MAIL: joana.ghis / facebook.

How Did You Know About Us? ك

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /

Allergies: / Pregnancy: LMP=13-10-2017

Hospitalization: / Family History: 20-7-2018

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N G3P2A0

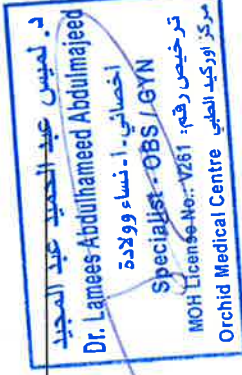
Remarks: BoSh NVD

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____



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.

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

و أنا أفهم 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.

أفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و انهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و انهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان أي معلومات أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتلاك 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:

