



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000295

Date: 15/3/2018

اسم المريض

Patient Name: Aisha ALALI

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 23/6/1995

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Emirati Married

Occupation (الوظيفة): -

Marital Status (الحالة الاجتماعية): ~~Single~~ Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0543844333

E-MAIL: step-121@hotmail.com

How Did You Know About Us? Instagram

Weight: 80.40 kg. Height: 156.5 cm Blood Type: BP- 100/70

Chief Complaint:

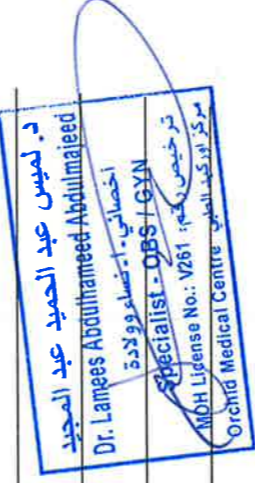
السجل الطبي Medical History

Diseases: / Braken
Allergies: /
Hospitalization: Hospital
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N
Remarks: GI P. A.c

Medication: /
Pregnancy: Lmp = 24-7-2017
Family History: FDD 2-5-2018

Examination :

Diagnosis:





DOCTOR NOTE

15/3/2018 : 4/5 - SVF, FM+w, ady. 1-90hr
cephalic present, GA: 31^w5/52
wt = 1756 gm, EDP = 11-6-2018

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File** **Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3)	True
Modifiable Data (SF5)	True
Holder Signature Image (SF7)	True
Photography	True
Home Address	True
Work Address	True

Card Holder Information

Name	Aisha,Arif,Hassan,Alkhadar Al Ali	IDN:	784199543160503	Mother Name:	Noora Mohamed
Name (Ar)	عائشة عارف حسن الخضر آل علي	Card Number:	064086577	Mother Name (Ar):	نوره محمد
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	501002658
Issue Date:	25/06/2013	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	25/06/2018	Date of Birth:	23/06/1995	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	18

Photo



Signature Image

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

3/15/2018

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 الاضافية 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.

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 هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى 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 امتلك 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:

