



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000298

Date: 17/3/2018

اسم المريض

Patient Name: FAHD EL RASSI

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15/10/1984

Gender (الجنس): (M) / F

Nationality (الجنسية): LIBANON

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 050 1739850

E.MAIL :

How Did You Know About Us? SAME BUILDING

Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint: cough for 3 days

#### السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /

Allergies: / Pregnancy: /

Hospitalization: / Family History: NA

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

Remarks:

Clinical Findings: Tonsill congested, chest - Harsh

breathing + secretions - Temp 37.1

Radiography:

Examination :

Diagnosis: viral infect -

1) Zeeuf symp (6 mi)  
2) Panadol tab

د. إيمان محسن علي  
Dr. Iman Mohsin Ali  
ممارس عام - ممارس عام  
General practitioner  
ترخيص رقم 021329  
MOH License No.: 021329  
Orchid Medical Centre الطبي

**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:

17/3/2018

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 الاجراءات الطبية الاضائية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم ان من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب اجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المسخطط 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 الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم الاندى 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 أنني 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

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**

<b>Name</b>	Fahd, El Rassi	<b>IDN:</b>	784198493859288	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	فهد فؤاد، الراسي	<b>Card Number:</b>	083258442	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	LBN	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	لبنان		
<b>Issue Date:</b>	04/05/2017	<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Expiry Date:</b>	29/04/2019	<b>Date of Birth:</b>	15/10/1984	<b>Sponsor Name:</b>	(بتصرفه ائتماني ناشيونال ايمتد فرع الشارقة)
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	30120072072654	<b>Residency Expiry:</b>	29/04/2019
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	2143	<b>Occupation Field:</b>	03

Photo



Signature Image

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

3/17/2018

