



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1500307

Date: 18/3/2019

اسم المريض: Maha Yousuf Hassan

تاريخ الميلاد: 09/01/1995 (الجنس): M (F)

الجنسية: Libanese (الوظيفة): DIR

الحالة الاجتماعية: Married رقم الهاتف: 054401480

E-MAIL: Xo.maha7@gmail.com

How Did You Know About Us? انستغرام

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: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: _____

DOCTOR NOTE

Pt. came + asked ~~for~~ u/s for her to know the sex of baby + I told her that it's difficult to know the sex of baby during 3rd month of pregnancy + then she left. ~~u/s~~ (no consultal u/s)

N.N.

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 الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم 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.

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

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

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

إن أي معلومات أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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:

١٨ / ٠٣ / ٢٠١٨

توقيع الطبيب المختص:




 United Arab Emirates
 دولة الإمارات العربية المتحدة
 Driving License: رخصة قيادة

License No. رقم الرخصة: 3626925
 Name: Maha Youssef Ibrahim Abduwahed
 Name: مها يوسف ابراهيم عبدالواحد
 Nationality: الإمارات
 Nationality: الإمارات
 Date of birth: 09/01/1995
 Issue Date: 14/08/2014
 Expiry Date: 18/01/2026
 Place of Issue: Dubai
 جهة الإصدار: دبي

rta/046
 Licensing Authority

Traffic Code No. الرمز البريدي: 12980619
 Permitted Vehicles: أنواع المركبات المصرح بترخيصها:

| | |
|---|---------------|
| Automatic Gear | Light Vehicle |
|  | |

This license should be with you when you are driving and should be presented on demand on an authorized person.
 يجب حمل الرخصة أثناء القيادة وإظهارها عند الطلب للمخات المختصة.
 This license is valid for driving in the UAE.
 يجب الصق الطرقة سيارات الإسملة - الدفاع المدني - الدفاع الجوي - الشرطة والشرطة.

UAE
 15 07 5106038 EGSP

File No#: 1000304 Date: _____

Patient Name: MAHA YOUSSEF اسم المريض: _____

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 02/01/1995

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

Phone No. (رقم الهاتف): 04 401 4030

E.MAIL: xomaha7@gmail.com

How Did You Know About Us?

INSTAGRAM

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: _____

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 أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى او مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية او مختلفة عن تلك المخطط لها.

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

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما تفهم 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني 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:

DOCTOR NOTE

Name Age Sex File No.

Treatment(s) of choice:

| | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Non Surgical Treatment(s)

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Surgical Treatments

Surgery: Hospital:
 Area:
 Approximate Timing (hours):
 Preoperative check:
 Additional consumables:
 Others:

Injections

Material(s):
 Area (s):
 Units:
 Notes:



United Arab Emirates
Driving License
وزارة الإمارات العربية المتحدة
رخصة القيادة



رقم الرخصة: 3626925
 اسم المرخص: مها يوسف إبراهيم عبد الوهيد
 الجنسية: الإمارات
 تاريخ الميلاد: 09/01/1995
 تاريخ الإصدار: 14/08/2014
 تاريخ الانتهاء: 18/01/2026
 جهة الإصدار: دبي



سلطة الترخيص
rta4046
Licensing Authority

الرمز الوطني: 12980619
 نوع المركبات المصرح بشاؤها: سيارة خفيفة
 Permitted Vehicles: Light Vehicle
 Automatic Gear

This license should be with you when you are driving and should be presented on demand to an authorized person.
 • Give way to authorized civil defence, VSP, police and police vehicles.
 • تجنب حمل الرخصة أثناء القيادة.
 • وإظهارها عند الطلب للمركبات المصرح بها.



UAE

15 01 5166036 E6SP