

File No#: 1000318 Date: 19/3/2018 اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: Ameerah Mohd Gender (الجنس): M / (F)  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 5/11/1994 Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Nationality (الجنسية): Emvati Phone No. (رقم الهاتف): 0507376662  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married  
E-MAIL: fatat\_alkalij@hotmail.com

How Did You Know About Us? instafans

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

السجل الطبي Medical History

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_  
Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: LMP = 26-9-2017  
Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: EDD = 3-7-2018  
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N G2P A0

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Radiography: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examination : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_





**DOCTOR NOTE**

REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQxO'

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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            | Ameirah,Mohamed,Salem,Mohammed,Aldahmani | IDN:              | 784199453514723          | Mother Name:      | Shaikha Saroor |
| Name (Ar)       | أمير ومحمد سالم محمد الداهمني            | Card Number:      | 088039190                | Mother Name (Ar): | شبيخة سرور     |
| Title:          |  | Nationality:      | ARE                      | Family ID:        | 302001919      |
| Title(Ar):      |  | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة |                   |                |
| Issue Date:     | 07/03/2018                               | Sex:              | F                        | Sponsor Type:     |                |
| Expiry Date:    | 07/03/2028                               | Date of Birth:    | 05/11/1994               | Sponsor Name:     |                |
| Marital Status: | 02                                       | Husband IDN:      |                          | Sponsor Number:   |                |
| Residency Type: |  | Residency Number: |                          | Residency Expiry: |                |
| ID Type:        | ID                                       | Occupation:       | 10                       | Occupation Field: | 00             |



Photo

Signature Image

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

3/19/2018

### 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 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 التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر 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 هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم ان هناك 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 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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:

توقيع الطبيب المختص:

