



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000323

Date: 20/03/2018

اسم المريض

Patient Name: Jemity Beshada betada

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 79

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Et

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0504955578

E.MAIL:

How Did You Know About Us? LEARNING NEARBY THE VICINITY

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: skin infection with pustules for 5 days

السجل الطبي Medical History

Diseases: 1 Medication: 1

Allergies: ? Pregnancy: 1

Hospitalization: 1 Family History: 1

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

Remarks: 1

Clinical Findings: 1

Radiography: 1

Examination: small abscess date Pustulosity

Diagnosis: skin infection (cellulitis)

Rx Ocellatone + zarnat tab + fardin cream

بإذن مسؤوليتي بأخذ الأبرة بدون فحص

بالسامة
Alaherah





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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 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 أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

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

أتفهم أنه ليس هناك 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 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك 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:

UNITED ARAB EMIRATES
Ministry of Health



دولة الإمارات العربية المتحدة
وزارة الصحة



بطاقة صحية
HEALTH CARD
Health No. 19 801020 4 0003 8
رقم البطاقة
Card No. 04 16 002554 03
المهنة
Profession ربة بيت
تاريخ الولادة
Birth Date 05/10/1975
مأهله الاجتماعي
Social ID محمد حسن

Name MAHERA ISMAEEL HAMEED HASSAN
المركز الصحي
Health Center الرفاعة
REFAA
Expiry Date 27/04/2017
تاريخ الانتهاء
Blood Group
مجموعة الدم

