

File No#: 1000326 Date: 20/3/2018
Patient Name: Mariam Nsr مريم نصر
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1988/11/10 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): مصري Occupation (الوظيفة): -
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج Phone No. (رقم الهاتف): 0771809999
E-MAIL: Hassan.Handi.84@yahoo.com
How Did You Know About Us? Facebook / حتى جروب على الفيس بوك
*Weight: 76.7kg *Height: 166.4cm Blood Type: BP = 130/90

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /
Allergies: / Pregnancy: 31-1-2018
Hospitalization: 6/5 2016 Family History: 7-10-2018
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N
Gz P, A o

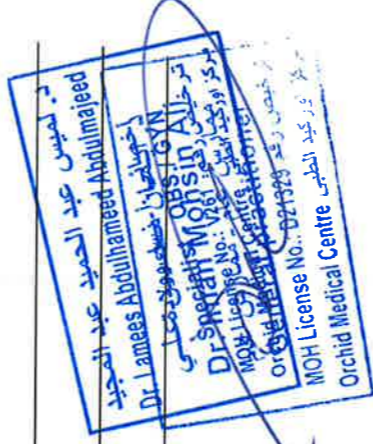
Remarks: _____
C/S

Clinical Findings: Hx Gestational DM + H.T

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 أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية 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 الطبية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما تفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية و اتفهم تماما كافة الأخطار 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 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:



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية
784-1984-7359384-0



الإسم: حسن حمدي السيد العوضي النمر

Name: Hassan Hamdi Elsayed Elawadi
Einemr

الجنسية: مصر

Nationality: Egypt

Husband ID

