

File No#: 1000338 Date: 22/3/2018
Patient Name: Lina Elgamil

اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 24/2/1988 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Egyptian Occupation (الوظيفة): -
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married ✓ Phone No. (رقم الهاتف): 0504094356

E-MAIL: lina_wafik2010@hotmail.com

How Did You Know About Us? Facebook groups

Weight: 85.90 kg Height: 161.5 cm Blood Type: BP 100/70

Chief Complaint: pregnant

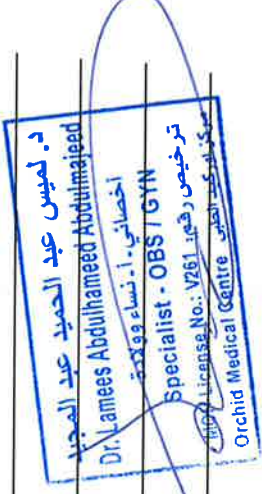
السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /
Allergies: / Pregnancy: Lmp = 30-10-2017
Hospitalization: / Family History: EDP = 7-8-2018
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N 4/5 → 2-8-2018
Remarks: 4/5 → 15-7-2018 (f.l.)
Clinical Findings: / ? CFS → 10-15-7

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: /





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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	Lina,Wafik,Abdelhamid,,Elgamil	IDN:	784198848246025	Mother Name:	
Name (Ar)	لينا وافيقي، عبد الحميد، راجميل	Card Number:	087444479	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	01/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	24/01/2021	Date of Birth:	24/02/1988	Sponsor Name:	محمد اياد وريد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0121869899
Residency Type:	03	Residency Number:	30120143045395	Residency Expiry:	24/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/22/2018

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 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 الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم أن من الممكن أن 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 هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن 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 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:

