



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000352 Date: 25-3-2018  
Patient Name: Ehsan Noufal Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 2-10-7989 Occupation (الوظيفة): Act  
Nationality (الجنسية): Egypt Phone No. (رقم الهاتف): 050 277 35 72  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married  
E-MAIL: m.atrix1151@yahoo.com  
How Did You Know About Us? From facebook  
Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_  
Chief Complaint: pregnant (Ivf) in Egypt

#### السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: Ivf  
Allergies: / Pregnancy: ET = 25-12-2017  
Hospitalization: Ivf Family History: \_\_\_\_\_  
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N 25-9-2017

Remarks: \_\_\_\_\_  
Clinical Findings: \_\_\_\_\_  
Radiography: \_\_\_\_\_  
Examination: \_\_\_\_\_  
Diagnosis: \_\_\_\_\_

د. لميس عبد الحميد عبد الحميد  
Dr. Lamees Abdulhameed-Abdulhameed  
أخصائي - أ. نساء وولادة  
Specialist - OBS / GYN  
MOH License No.: 9881  
مركز أوركيذ الطبي Orchid Medical Centre





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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	Ehssan,Noufal,Mohamed,,Noufal	IDN:	784198421762034	Mother Name:	
Name (Ar)	احسان نواف محمد, نواف	Card Number:	083173015	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	27/04/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/04/2019	Date of Birth:	02/10/1984	Sponsor Name:	ماجدة عبدالجواد عبدالحق
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	47203553
Residency Type:	03	Residency Number:	60120103012661	Residency Expiry:	19/04/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/25/2018

### 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 أن 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 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 الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

