

File No#: 1000381 Date: 04/03/2018
اسم المريض

Patient Name: NEEMA ROUBI

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/08/1995 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): EGYPT Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M Phone No. (رقم الهاتف): 0526188745

E.MAIL: ce_168@yahoo.com

How Did You Know About Us?

✓ friend Weight: 81.30 Height: 157.2 Blood Type: BP: 110/70mmHg

Chief Complaint: pregnant

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /
Allergies: / Pregnancy: LMP = 15-2-2018
Hospitalization: / Family History: FDD = 22-11-2018

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

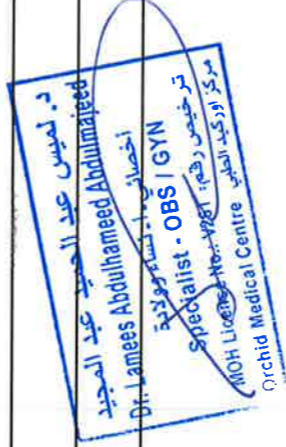
Remarks: /

Clinical Findings: /

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: pregnant



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 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 ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات 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: *Nesma Rabie*

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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	Nesma,Rabic,Mohamed,,Roubi	IDN:	784199590849263	Mother Name:	
Name (Ar)	نسمية ربيع محمد روبي	Card Number:	086216851	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	08/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	06/11/2019	Date of Birth:	12/08/1995	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0122724529
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173646807	Residency Expiry:	06/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/3/2018