

File No#: 1000 410

Date: 11/04/2018

اسم المريض

Patient Name: Ghader AL-Awad

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/1986

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0563222475

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Facebook

Weight:

Height:

Blood Type:

Chief Complaint:

السجل الطبي
Medical History

Diseases:

Medication:

Allergies:

Pregnancy:

Hospitalization:

Family History:

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks:

Clinical Findings:

Radiography:

Examination :

Diagnosis:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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.

أنتهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أنتهم أن من الممكن ان 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.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أنتهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أنتهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أنتهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أنتهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أنتهم 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

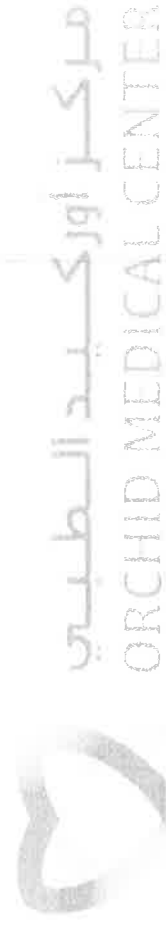
أقر اني امالك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE



AED 300.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000535)	Date:25-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000410 - GHAEDEER AL AWAD - 971563222475		
The sum of Dhs. Three Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 300.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 25-04-2018
Being		
Made by Ghada		


Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omc.lae

www.omc.lae

St Ghada



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000649)	Date:14-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000410 - GHAEER AL AWAD - 971563222475		
The sum of Dhs. Three Hundred Only		
By Cash 300.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 14-05-2018
Being		
Made by <i>Ghada</i>  i/c		

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae