

File No#: 10004210

Patient Name: SAMAR EDDINE

Date of Birth: 01/01/1996

Nationality: Pakistane

Marital Status: Married

E-MAIL: Sam.zein200@gmail.com

How Did You Know About Us? Same building + FRB.

Date: 15/04/18

اسم المريض:

Gender (الجنس): M F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0502008884

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No نعم/لا	
	Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No نعم/لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم/لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟		Yes/No نعم/لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No نعم/لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم/لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا		Yes/No نعم/لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم/لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم/لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعالطين أي مانع للحمل؟ هل تعالطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم/لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم/لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم/لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم/لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم/لا	
Other	Other conditions: فيروسات أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط		Yes/No نعم/لا	



مركز أوركيذ 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 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.

أفرض 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 اتفهم تماما كافة الاخطار 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 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:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Broken filling & Unsatisfactory
Odor

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: Periodontal Pocket due to Old broken
filling

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

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	Samar Chehade, Zein Eddine	IDN:	784196676068529	Mother Name:	
Name (Ar)	سمير شحادة، زين الدين	Card Number:	085223184	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	PSE فلسطين	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	06
Issue Date:	06/09/2017	Date of Birth:	01/01/1966	Sponsor Name:	شركة القطيع ذ م م
Expiry Date:	07/08/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Residency Number:	20120082337636	Residency Expiry:	07/08/2019
Residency Type:	02	Occupation:	9132	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				

Photo



Signature Image

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

4/15/2018

File No#: 1000426

Date: 15-04-2018

اسم المريض

Patient Name: SAMAR EADINE

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/01/1986

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): PALESTINE

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0502008884

E.MAIL: Sam.ZeinZam@gmail.com

How Did You Know About Us? ✓

Same building F.B

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: _____



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 أتفهم 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.

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

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

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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	Samar Chehade, Zein Eddine	IDN:	784196676068529	Mother Name:	
Name (Ar)	سمير شحاده, زين الدين	Card Number:	085223184	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	06/09/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	07/08/2019	Date of Birth:	01/01/1966	Sponsor Name:	شركة الفطيم ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120082337636	Residency Expiry:	07/08/2019
ID Type:	IL	Occupation:	9132	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

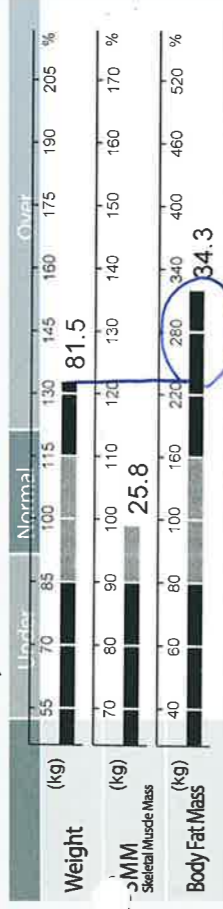
4/15/2018

ID 130419-1 | Height 169cm | Age 62 | Gender Female | Test Date & Time 13.04.2019. 15:22

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	34.5 (31.3~38.3)
For building muscles	Protein	(kg)	9.2 (8.4~10.2)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.47 (2.90~3.54)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	34.3 (12.3~19.7)
Sum of the above	Weight	(kg)	81.5 (52.2~70.6)

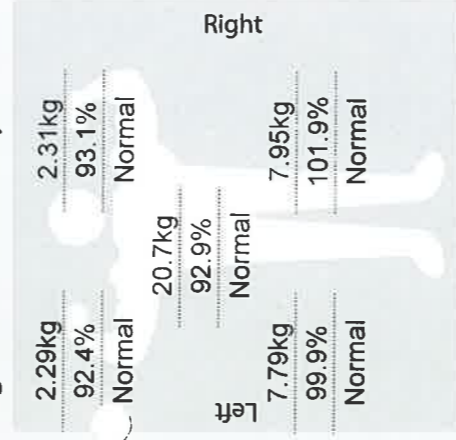
Muscle-Fat Analysis



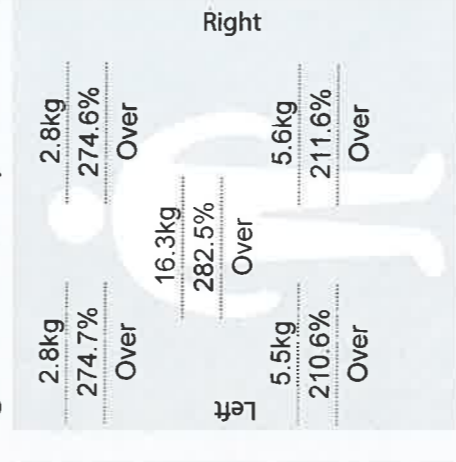
Obesity Analysis (18.5 - 24.9) Over



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight	(kg)	81.5
SMM	(kg)	25.8
PBF	(%)	42.1

InBody Score

60 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 61.4 kg
 Weight Control -20.1 kg
 Fat Control -20.2 kg
 Muscle Control +0.1 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.92 (0.75 0.85)

Visceral Fat Level

Level 16 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 47.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1389 kcal (1590~1861)
 Obesity Degree 133 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1723 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	143	Gateball	155
Walking	163	Yoga	163
Badminton	184	Table Tennis	184
Tennis	245	Bicycling	245
Boxing	245	Basketball	245
Mountain Climbing	266	Jumping Rope	285
Aerobics	285	Jogging	285
Soccer	285	Swimming	285
Japanese Fencing	408	Racketball	408
Squash	408	Taekwondo	408

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail



Impedance

Z (kΩ) RA LA TR RL LL
 (1) (kΩ) 398.4 402.3 27.5 246.8 255.4
 10 (kΩ) 364.3 367.4 24.1 223.6 230.7