

File No#: 1055428 Date: 15/04/2018  
اسم المريض

Patient Name: Alaa Kharisat Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20/09/1983 Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Jordan Phone No. (رقم الهاتف): 0552371900

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married E.MAIL:

How Did You Know About Us?  
THROUGH A FRIEND

Weight: Height: Blood Type: 12/195

Chief Complaint: sore throat & cough for 2 days

السجل الطبي Medical History

Diseases: Medication: /  
Allergies: /  
Hospitalization: /

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

Remarks:

Clinical Findings: Temp 38.1°C

Radiography:

Examination: chest → HVB + ↑ secretion, congested tonsils

Diagnosis: Tonsillitis  
Dr. Iman Mohsin Ali  
ممارس عام - ممارس عام  
General Practitioner  
MOH License No. 021329  
مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre



### 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 الموهل.

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

وأنا اتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، 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 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 عوى 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتك 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 :

15/04/2018

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO\*

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	Alaa,Abdel Halim,Mousa,Kharisat	IDN:	784198384169540	Mother Name:	
Name (Ar)	علاء عبد الحليم موسى خريسات	Card Number:	078288615	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	08/05/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	30/04/2018	Date of Birth:	20/09/1983	Sponsor Name:	جى سى سى للاستثمار
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	02010005661360
Residency Type:	02	Residency Number:	20120162086712	Residency Expiry:	30/04/2018
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	

Photo



Signature Image

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

4/15/2018

**DOCTOR NOTE**

