

File No#: 1000444 Date: 18/09/18
اسم المريض

Patient Name: ZAINAB ALHOSANI

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 08/09/1988 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Phone No. (رقم الهاتف): 0508974499

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

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 التخصصات 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 نذكر 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 أنه ليس هنالك 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 هنالك رسوم الابدئي 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني 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:


DOCTOR NOTE

18-4-18

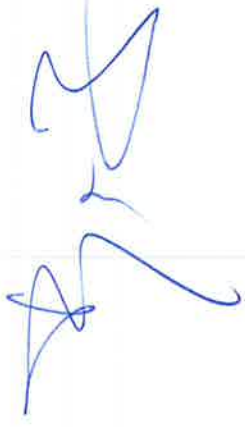
PATIENT CARE FOR
SURGUMENTATION.


Dr. Goran Jovanovic
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre
مركز اوركيد الطبي

22.04.2018 FOLLOW UP
SUTURE BRUISES ON THE LEFT
SIDE OF UPPER UP IN
NEXT FOLLOW UP IN 2 weeks.


Dr. Goran Jovanovic
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre
مركز اوركيد الطبي

09.05.2018 0.4 cc
of VOLUME



REDAD DATA

CAEA10EBAA830D0X0

Public Data Readed Successful

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	Zaimab,Hassan,Abdalla,Alhaja,Alhosani	IDN:	784198830958371	Mother Name:	Amena
Name (Ar)	زينب حسن عبد الله الحاج الحوسني	Card Number:	085324821	Mother Name (Ar):	أمينة
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301004788
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	13/09/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	13/09/2027	Date of Birth:	08/09/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	99



Photo

Signature Image

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

4/18/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 350.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000621)	Date:09-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000447 - Zainab Alhosani - 971508974499		
The sum of Dhs. Three Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 350.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 09-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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