

File No#: 1000 448 Date: 18/04/2018
اسم المريض: _____

Patient Name: Iman Abdallah

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 19/07/2018 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Camoros Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (رقم الهاتف): 054-7597424

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us? _____

Google

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 أوركييد 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 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 الطبية.

أتفهم أنه ليس هنالك 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 الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هنالك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتك 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: 18-4-2018

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

18.04.2018

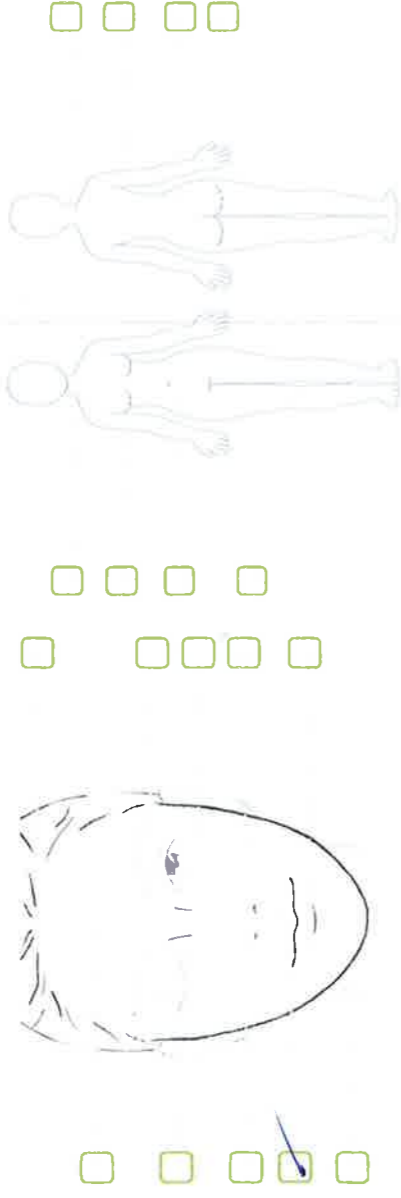
PATIENT CAME FOR LIPS
AUGMENTATION. PROCEDURE DONE
RIGHT AFTER, 1 cc of VOLTAR



Plastic Surgery and Cosmetics Treatment Plan

Name Iman Abdalla Age 31 Sex F File No. 1000448

Treatment(s) of choice:



Non Surgical Treatment(s)

1.....
 2.....
 3.....

Surgical Treatments

Surgery: Hospital:

Area:
 approximate Timing (hours):

Preoperative check:
 Additional consumables:
 Others:

Injections

Material(s): Volife (brown)
 Area (s): lips
 Units: 1ml
 Notes:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Public Data Readed Succ

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	Iman, Mohamed, Hassan, Abdallah	IDN:	784198664064973	Mother Name:	
Name (Ar)	إيمان محمد حسين عبدالله	Card Number:	081454186	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	02/01/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	07/12/2019	Date of Birth:	19/07/1986	Sponsor Name:	سكينة حسين محمد كريم
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	269448
Residency Type:	03	Residency Number:	401201630014206	Residency Expiry:	07/12/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

إيمان

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

4/18/2018