

File No#: 1000452 Date: 21/04/18 اسم المريض

Patient Name: LARLINE CHABAN

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/07/1994 Gender (الجنس): M / (F)

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

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M Phone No. (رقم الهاتف): 0507676406

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us?

Weight: 50.10kg Height: 169.5cm Blood Type: POP-100/100mmHg

Chief Complaint:

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: 1 m.p - 22-2-2018
Hospitalization: فحص سكري Family History: EDP = 29-11-2018
Habits: _____ Smoking: Y/N _____ Drugs: Y/N _____
Alcohol: Y/N _____ سكر 10-3-2018
Remarks: _____ EDD 16-12-2018

Clinical Findings: G1P0A0

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: pregnant (7 weeks)

د. لميس عبد الحميد عبد المجيد
Dr. Lamees Abdhameed Abdhameed
أخصائي - إ. نساء وولادة
Specialist - OBS / GYN
ترخيص رقم: VZBL
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 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 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 هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الأخطار 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 هناك 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 ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني 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:

22-04-2018

توقيع الطبيب المختص:



DOCTOR NOTE

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	Lareine,M Zouhir,,Chaban	IDN:	784199439090491	Mother Name:	
Name (Ar)	لارين محمد زهير،شبيان	Card Number:	083766741	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	04/06/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	24/05/2019	Date of Birth:	18/07/1994	Sponsor Name:	مركز النخبة الطبي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120172039417	Residency Expiry:	24/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/21/2018



مركز اوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000503)	Date: 21-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000452 - Lareine Chaban - 971507676406		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 21-04-2018
Being		
M by Ghada		

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

www.omc1.ae

Ghada

SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: **ORCHID MEDICAL CENTER**

Date of issue **21/APR/2018**

Cert No: **OMC1/2018/1011**

Patient's Name: LAREINE M ZOUHIR	File Number: 1000452
Age: 24	Sex: FEMALE

Unfitness

This is to certify that the above patient visited **MEDICAL CLINIC on 21/APR //2018**

The patient is unfit to work from **21/APR/2018** till **23/APR /2018**

Diagnosis: Pregnant with sever vomiting and hypotension

Comments:

Doctor's Name: iman Mohsin ali	License Number: D21329
Signature : 	Stamp : د. إيمان محسن علي Dr. Iman Mohsin Ali ممارس عام - ممارس عام General practitioner MCH License No.: D21329 مركز اوركييد الطبي Orchid Medical Centre

Notes :

- 1- Certificate is invalid if any correction are made.
- 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped.
- 3- Certificate is issued at patient's request

للاستعمال الرسمي : نصادق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور المرخص من قبل وزارة الصحة دون تحمل إدارة منطقة الشارقة الطبية اي مسؤولية من محتويات هذا التقرير (اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية)

Sharjah – cornich alkhana – alkhana palace 201 – near petrofac
Phone : +971 6 555 8337 mobile : +971 50 603 7996