

File No#: 1000425

Date: 28/04/18

اسم المريض:

Patient Name: SAMAHANI ABDELAHIM

Date of Birth: 15/12/1986

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): JORDAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الإجماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0543423496

E-MAIL:

How Did You Know About Us?

	الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كنت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟		Yes/No لا/نعم	
	Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أيستيرويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No لا/نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No لا/نعم	لا
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟		Yes/No لا/نعم	
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 لا/نعم	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟		Yes/No لا/نعم	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لو كيميا		Yes/No لا/نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No لا/نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No لا/نعم	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No لا/نعم	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions? أخرى؟ HSV, HIV...etc... فيروس الحلا البسيط		Yes/No لا/نعم	



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 نكر 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 انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناتجة 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 ان 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 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: 21/08/2022

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: want a smile make over

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: Paracetamol Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: None

Radiography: -

Examination: Stains & calculus ET

Diagnosis: Abnormal form & shape & color of teeth

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO

Public Data Readed Suc

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	Sama,Hani,Mahmoud,,Abdelrahim	IDN:	784198643643269	Mother Name:	
Name (Ar)	سماء هاني محمود عبد الرحيم	Card Number:	084667044	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	31/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	25/07/2019	Date of Birth:	15/12/1986	Sponsor Name:	تجارة فارما (شركة ذات مسئولية محدودة)
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172342834	Residency Expiry:	25/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	5230	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/22/2018

File No#: 1000455 Date: 22/04/18
اسم المريض

Patient Name: SAMAHANI ABBECCAHHIM

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/12/1986 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): JOORDAN Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Alcohol: Y/N

E.MAIL: Instagram

How Did You Know About Us? Height: Blood Type:

Chief Complaint: Diseases: Medication:

Weight: Allergies: Pregnancy: Blood Type:

Hospitalization: Family History: Drugs: Y/N

Remarks: Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N

Medical History: Radiography: Examination :

Diagnosis:

Findings:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

Diagnosis:

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 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 التخصيصات 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 الاولي، 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 ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناتجة 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 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 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:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

CONSENTION ABOVE :

- 1) FNT TRANSFER TO THE BREAST
- 2) BUSTO
- 3) FLUR
- 4) RAYNUPUSY

د. غوران يوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
إخصائي - جراحة التجميل
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre
مركز أوركيد الطبي

REDAD DATA
cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Sama.Hani.Mahmoud..Abdelrahim	IDN:	784198643643269	Mother Name:	
Name (Ar)	سماء هاني محمود عبد الرحيم	Card Number:	084667044	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	JOR	Family ID:	
Title(Ar):			الأردن		
Issue Date:	31/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	25/07/2019	Date of Birth:	15/12/1986	Sponsor Name:	(تجارده فارما شركة ذات مسئولية محدوده)
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172342834	Residency Expiry:	25/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	5230	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

4/22/2018