

File No#: 1000456 Date: 22/04/18
اسم المريض

Patient Name: BAIMA NAIT BOWJEMA

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 09/08/1983

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): TUNISIAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 05299990850

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

INSTAGRAM

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: _____

Physical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____



مركز أوركيد 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 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 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 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 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 اني امتلك 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: ٢٠٢٤/٥/٢٠

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

22-04-18

CONSULTATION B304C BTX,
FAT; TUMMY TUC, K11) LIPOSUCTION

(SIT)

1.1.14

3-7-5 W

د. غوران يوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: 1220
Orchid Medical Centre
مركز أوركيد الطبي

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	Basma,Nait,,Boujema	IDN:	784198364847479	Mother Name:	
Name (Ar)	بسمة نيت نور الدين نيت بوجيمة	Card Number:	082270058	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title (Ar):		(Ar):	تونس		
Issue Date:	26/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	19/02/2019	Date of Birth:	09/08/1983	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172072013	Residency Expiry:	19/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	1233	Occupation Field:	00

صديديه هيلث فيرست 3 فرع من هيلث فيرستانتنت ش ذ م م



Photo

Signature Image

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

4/22/2018



AED 950.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000511)	Date: 22-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000456 - BASMA NAJET - 971529490850		
The sum of Dhs. Nine Hundred Fifty Only		
By Cash 950.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 22-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

Swiss


File No#: 1000456

Date: 22/04/2018

اسم المريض:

Patient Name: Basma Najat

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth(التاريخ الميلاد): 9/8/1983

Nationality(الجنسية): Tunisian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الجماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 052-3496850

E-MAIL:

How Did You Know About Us? Instagram

	الحالة الطبية / Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم	لا
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغلق القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No لا/نعم	لا
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	Yes/No لا/نعم	لا
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	لا
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	لا
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *النساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا/نعم	لا
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	لا
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم	لا
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	لا
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	لا
Other	Other conditions: أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc...فيروس الحلا البسيط	Yes/No لا/نعم	لا



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 التخصصات 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 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 تماماً 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 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 تماماً 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.

[Signature]

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ: 22/4/2018

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Crowding Don't like her smile

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : Excessive crowding & rotation of teeth

Diagnosis: Crowding / Class III

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	Basma,Nait,,Boujema	IDN:	784198364847479	Mother Name:	
Name (Ar)	بسمية نيت نور البويعمة	Card Number:	082270058	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	تونس		
Issue Date:	26/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	19/02/2019	Date of Birth:	09/08/1983	Sponsor Name:	صديديه هيلث فيرست 3 فرع من هيلث فيرستالتمتت بن م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172072013	Residency Expiry:	19/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	1233	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/22/2018