

File No#: 1000478 Date: 25/04/2018
Patient Name: Dora Ratauh اسم المريض: دورا راتوح
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20/4/1994 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Syria Occupation (الوظيفة): ربة منزل
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوجة Phone No. (رقم الهاتف): 0556220023
E.MAIL: 0556220023

How Did You Know About Us?

Weight: 68.6 kg Height: 160 cm Blood Type: B+

Chief Complaint: pregnant 26 weeks

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /
Allergies: / Pregnancy: Lmp = 19-10-2018
Hospitalization: C/S (1) Family History: 26-7-2018
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: G2P1A0

Physical Findings: / C/S 2015
cephalo-pelvic disproportion

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: pregnant 26 weeks

د. لميس عبد الحميد عبد المجيد
Dr. Lamees Abdulhameed Abdulmajeed
إخصائي أمراض النساء والتوليد
Specialist - OBS / GYN
ترخيص رقم: V261
MOH License No.: V261
مركز أوركييد الطبي - Orchid Medical Centre

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموئل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم ان من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما اتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عوى 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.

ان أي معلومات أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امثلك 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:

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:

DOCTOR NOTE



AED 250.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000537)	Date: 25-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000478 - DORA FATOUH - 971556220023		
The sum of Dhs. Two Hundred Fifty Only		
By Cash 250.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 25-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae