

File No#: 1000484 Date: 29/04/2018 اسم المريض

Patient Name: Heba Abdul Fahman Gender (الجنس): M / E

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/11/1982

Nationality (الجنسية): EGY Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0505106052

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us? _____

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Swarm for 2 days

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: /

Allergies: / Pregnancy: /

Hospitalization: / Family History: /

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

Remarks: _____

Physical Findings: red skin with scabs

Radiography: /

Examination: skin burn

Diagnosis: skin burn

- Dr. Iman Mohsin Ali
ممارس عام - ممارس عام
General practitioner
MOH License No. 121329
مركز أوركييد الطبي
Orchid Medical Centre
- Hydrocortison vial Im
 - mebs en
 - olovera eye
 - loratadib



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 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 هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما تفهم أن 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 عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن 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 أقتمها 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: ٢٠١٣ / ٤ / ٢٩

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

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	Heba,Abdulrahman,Abdulhay,Shaza	IDN:	784198236393058	Mother Name:	
Name (Ar)	هبة عبدالرحمن عبدالحي شاذي	Card Number:	083466188	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	IRQ العراق	Family ID:	
Issue Date:	17/05/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	09/05/2020	Date of Birth:	10/11/1982	Sponsor Name:	دانة احمد راشد محمد علي سرور
Marital Status:	03	Husband IDN:		Sponsor Number:	22305534
Residency Type:	03	Residency Number:	30120073031151	Residency Expiry:	09/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

4/29/2018



AED 100.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000554)	Date:29-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000484 - HEBA ABDULRAHMAN - 971505106052		
The sum of Dhs. One Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 100.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 29-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae