

File No#: 1000 490 Date: 30/04/18  
اسم المريض

Patient Name: ACHAR YASSINE Gender (الجنس): M / (F)

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/01/1983 Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): PALESTINE Phone No. (رقم الهاتف): 0096340878

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Weight: 66.40 Height: 1.64 Blood Type:

Chief Complaint: pregnant 19 weeks

السجل الطبي  
Medical History

Diseases: / Medication: /  
Allergies: / Pregnancy: Lmp = 6-12-2017  
Hospitalization: / Family History: 13-9-2018

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N  
G6P5 Ac

Remarks: /  
All NVD LCB 8 months

Clinical Findings: /

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: pregnant 19 weeks

د. لأميس عبد الحميد عبد المجيد  
Dr. Lamees Abdulhameed Abdulmajeed  
الخصائي - أ. نساء وولادة  
Specialist - OBS/GYN  
MOH License No.: 7287  
مركز أوركييد الطبي  
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 اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

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

و أنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف 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 تماماً 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني 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: 30-04-18

توقيع الطبيب المختص:



## DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO\*

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	Astrar,Mohamad,,, Yassine	IDN:	784198354048351	Mother Name:	
Name (Ar)	أستار محمد ياسين	Card Number:	085683266	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	08/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	02/10/2019	Date of Birth:	01/01/1983	Sponsor Name:	صخر احمد غانم
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	05986462
Residency Type:	03	Residency Number:	30120103025350	Residency Expiry:	02/10/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/30/2018







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000564)	Date:30-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000490 - Asrar Yassine - 971501346878		
The sum of Dhs. <b>One Hundred Fifty Only</b>		
By Cash <b>150.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 30-04-2018
Being		
Made by <b>Ghada-KC</b>		

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)