

File No#: 1000493

Date: 30/04/2018

Patient Name: Fouzia Lrhazi

اسم المريض: فوزية الفايزي

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 25-12-1977

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): مغربية

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوجة

Phone No. (رقم الهاتف): 7556756

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

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: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: _____



إقرار طبي لجهاز الإنديمد

أقر بأنني قد حصلت على المعلومات الكاملة المتعلقة باستخدام جهاز إنديمد برو الذي يستخدم طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد.

استخدام طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد ينتج حرارة عميقة في الجلد في منطقة العلاج. لا يجب ان يسبب العلاج أي ألم و عادة ليس لديه أي أعراض جانبية.

استخدام هذا الجهاز قد يسبب انتفاخا مؤقتا واحمرارا في الجلد, وفي حالات نادرة قد ينتج حرق في منطقة العلاج, وفي هذه الحالة الطبيب المعالج سوف يعالج هذه المنطقة حالا وسوف يتلقى المريض الإرشادات حول العلاج المطلوب.

العلاجات البديلة لشد الجلد تتضمن الليزر او التكتولجيا الضوئية . العلاجات التي تعتمد على الليزر تعتبر الأكثر الما وقد تسبب حروقات, بينما التي تعتمد على الضوء اقل فعالية من غيرها.

(أ) أقر بأنني اطلعت على البيانات أعلاه وأتفهم توابعها وأني قد وقعت هذا الإقرار بكامل إرادتي, وأني قد حصلت على نسخة منه موقعة ومترخة.

(ب) أوافق على اخذ صورة للعلاج للتقييم الطبي.

الاسم: فوزية

التاريخ: 30-4-2018

التوقيع: [Signature]



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 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 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 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:



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Fouzita,L,rhazi	IDN:	784197176437495	Mother Name:	
Name (Ar)	فوزية الغازي	Card Number:	079850446	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	MAR المغرب	Family ID:	
Title(AD):		Sex:	F	Sponsor Type:	06
Issue Date:	30/08/2016	Date of Birth:	25/12/1971	Sponsor Name:	
Expiry Date:	23/08/2018	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Residency Number:	20120162302927	Residency Expiry:	23/08/2018
Residency Type:	02	Occupation:	02	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				

باسم الاسم الملكي للقطر من ذم فرع دبي



Photo

Signature Image

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

4/30/2018