

File No#: 1000497

Date: 30/04/18

اسم المريض

Patient Name: FARAH AL ADWAN

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15/10/1992

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): JORDAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

Phone No. (رقم الهاتف): 0556377141

E-MAIL:

How Did You Know About Us?

Height: 155

Height: 155

Blood Type:

Chief Complaint:

pregnant 7 weeks

السجل الطبي  
Medical History

Diseases: /

Medication: /

Allergies: /

Pregnancy: 6-3-2018

Hospitalization: /

Family History: 13-12-2018

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N GiPaA.

Remarks: /

Clinical Findings: /

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: pregnant 7 weeks

د. لميس عبد الحميد عبد المجيد  
Dr. Lamees Abduhameed Abdulmajeed  
إخصائي. أ. نساء وولادة  
Specialist - OBS / GYN  
MOH License No.: 7281  
مركز أوركيد 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 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 الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، 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 أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هنالك 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 عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هنالك رسوم الابدئي 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 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: ٢٥/٤/٢٠١٧

توقيع الطبيب المختص:



**DOCTOR NOTE**



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO\*

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            | Farah,Bassam,Mohammad,Al Adwan | IDN:              | 784199247182035 | Mother Name:      |                         |
| Name (Ar)       | فراح بسلام محمد الدوان         | Card Number:      | 083064234       | Mother Name (Ar): |                         |
| Title:          |                                | Nationality:      | JOR             | Family ID:        |                         |
| Title (Ar):     |                                | Nationality (Ar): | الأردن          |                   |                         |
| Issue Date:     | 19/04/2017                     | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03                      |
| Expiry Date:    | 15/04/2019                     | Date of Birth:    | 15/10/1992      | Sponsor Name:     | علمر جمال كمال ابو مينو |
| Marital Status: | 02                             | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 05834276                |
| Residency Type: | 03                             | Residency Number: | 30120173009379  | Residency Expiry: | 15/04/2019              |
| ID Type:        | IL                             | Occupation:       | 02              | Occupation Field: | 00                      |

Photo



Signature Image

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

4/30/2018

