

File No#: 1000507 Date: 02/05/18
اسم المريض

Patient Name: WADYA ALHAR

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 30/12/1978 Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): (الحالة الاجتماعية): رقم الهاتف: 0504444400

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Height: 48.55 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:



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 التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن 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 أتفهم أن 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 أن هنالك 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امالك 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:

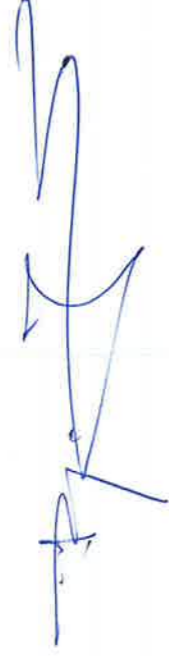
التاريخ: 2/5/2018

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

02.05.2018

CONCERNED ABOUT PAT TRANSFERRED
TO STADS MM FORTS.
PAINBAT IDURO GKIN WEIGAT



United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة قيادة

رقم الرخصة: 10067
الاسم: نادية احمد حسن الحارثي

Name: NADYA AHMED HASAN ALHAR A.
Nationality: EMIRATES الإمارات
Date of Birth: 30-12-1978 تاريخ الميلاد
Issue Date: 16-09-2000 تاريخ الإصدار
Expiry Date: 14-09-2020 تاريخ الانتهاء

Place of Issue: RAS AL KHAIMA رأس الخيمة

مركز التسجيل: MTR030333 Licensing Authority

