

File No#: 1000518 Date: 05/05/18
اسم المريض

Patient Name: Raean MRAISH

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/7/1998 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): SYRIAN Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M Phone No. (رقم الهاتف): 0505486091

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

PHARMACY

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:



مركز أوركيد 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 أن 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.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم انه ليس هنالك 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 الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان 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 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:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

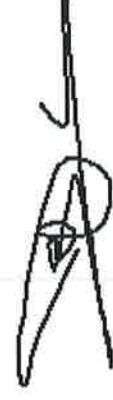
File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

Card Holder Information

Name	Raneem,Mhd Farouk,,,Mraish	IDN:	784199847642966	Mother Name:	
Name (Ar)	رنيم محمد فاروق مريش	Card Number:	086054716	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	30/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	25/10/2020	Date of Birth:	01/01/1998	Sponsor Name:	علاء الدين وليد خضير
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	41941481
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173628364	Residency Expiry:	25/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image


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

6/2/2018

DOCTOR NOTE

PATIENT NAME: RANEM MRAISH

FILE NO#: 1000518

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
5/5/2018	PRIMOLOT DEPOT INJECTION (IM) GIVEN (L) THIGH	15-	0	
12/5/2018	PRIMOLOT DEPOT INJECTION (IM) GIVEN (R) THIGH	15-	0	
	Please don't give any injections to her without any ID or doctor consultation 			
02/05/18		PRIMOLOT DEPOT INJECTION (IM) GIVEN (L) THIGH	15	0



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000595)	Date:05-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000518 - RANEM . - 971505476041		
The sum of Dhs. Fifteen Only		
By Cash 15.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 05-05-2018
Being		
Made by Ghada KC		

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000629)	Date:12-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000518 - RANEM . - 971505476041		
The sum of Dhs. Fifteen Only		
By Cash 15.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 12-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000713)	Date:02-06-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000518 - RANEM . - 971505476041		
The sum of Dhs. Fifteen Only		
By Cash 15.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 02-06-2018
Being		
Made by gafda KC		

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e – mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae