

File No#: 1000.527 Date: 6/5/2018 اسم المريض: _____
Patient Name: Jubna Kubhad Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/5/1992 Occupation (الوظيفة): _____
Nationality (الجنسية): Palestine Phone No. (رقم الهاتف): 05091905
Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____

E.MAIL: Jubna-kubhad@hotmail.com

How Did You Know About Us?

Croceye

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 الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات اخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، والتي قد تتطلب اجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.


أفرض 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 اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عوى 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 أقدّمها 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: 6-5-2018

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

CONSULTATION ABOUT
NOSE. PATIENT IS RATIONALLY
3 yrs ago and she is
SATISFIED. GIVE ADVICE.

Dr. Goran Jovanovic
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

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	Lubna M.,R. Kuhlail	IDN:	784199286587474	Mother Name:	
Name (Ar)	لبنى مصباح ,رياح كحيل	Card Number:	073169128	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	PSE فلسطين	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	12/05/2015	Date of Birth:	10/05/1992	Sponsor Name:	مصباح رياح مصباح كحيل
Expiry Date:	10/05/2018	Husband IDN:		Sponsor Number:	05544622
Marital Status:	01	Residency Number:	30119973071522	Residency Expiry:	10/05/2018
Residency Type:	03	Occupation:	11	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

5/6/2018