

File No#: 1000558

Date: 12 OCT 18

اسم المريض

Patient Name: AWEAIDA ELNOUR

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/01/1981

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): QUDAP

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

Phone No. (رقم الهاتف): 0104646652

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Weight: \_\_\_\_\_

Height: \_\_\_\_\_

Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint:

missed period for 15 days

السجل الطبي  
Medical History

Diseases: /

Allergies: /

Hospitalization: /

Medication: /

Pregnancy: 1 mp - 25-5-2018

Family History: \_\_\_\_\_

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks: /

Clinical Findings: /

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: missed period for 15 days

for pregnancy test



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 اتفهم 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.

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

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين تنتج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناتجة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم 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 املاك 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	Rufaida Mohamed, Mohamed Ahmed,,Elnour	IDN:	784198195925791	Mother Name:	
Name (Ar)	رقية محمد احمد,,النور	Card Number:	088933546	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	07/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	05/05/2020	Date of Birth:	01/01/1981	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0183223365
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183252804	Residency Expiry:	05/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

5/12/2018



**DOCTOR NOTE**







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000632)	Date:12-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000558 - RUFAIDA MOHAMED - 971504646652		
The sum of Dhs. <b>Two Hundred Only</b>		
By Cash <b>200.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 12-05-2018
Being		
Made by <b>Ghada</b>		

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)