

File No#: 1000575 Date: 19/05/2018
 Patient Name: Ahmed Hassan اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 3/11/1980
 Nationality (الجنسية): Egypt Gender (الجنس): M / F
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Occupation (الوظيفة):
 E.MAIL: Phone No. (رقم الهاتف): 0558472781
 How Did You Know About Us? Cahada

| | الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم/لا | If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل |
|-------|---|------------------|---|
| | Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟ | Yes/No نعم/لا | |
| | Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبطات للمناعة؟ | Yes/No نعم/لا | |
| | Allergies ؟ هل لديك أي حساسية؟ | Yes/No نعم/لا | |
| | Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟ | Yes/No نعم/لا | |
| CVS | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | Yes/No نعم/لا | |
| | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | Yes/No نعم/لا | |
| | Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، أنيميا (فقر الدم) | Yes/No نعم/لا | |
| RS | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | Yes/No نعم/لا | |
| GU | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | Yes/No نعم/لا | |
| | *for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | Yes/No نعم/لا | |
| GI | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | Yes/No نعم/لا | |
| | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | Yes/No نعم/لا | |
| CNS | Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Yes/No نعم/لا | |
| ENDO | Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | Yes/No نعم/لا | |
| Other | Other conditions؟ أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط | Yes/No نعم/لا | |



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 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 الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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 هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج 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 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: 18/12/2019

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لا يستعمل الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: _____

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: _____
Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: _____

United Arab Emirates
Resident Identity Card

دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية
784-1980-3604690-6



الإسم: أحمد حسن أحمد حامد

Name: Ahmed Hassan Ahmed Hamed

Nationality: Egypt

الجنسية: مصر



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

| | | |
|---|----------------------------------|------------------|
| AED 150.00 | RECEIPT VOUCHER (No. REC-000669) | Date: 21-05-2018 |
| Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000575 - AHMED HASSAN - 971558472781 | | |
| The sum of Dhs. One Hundred Fifty Only | | |
| By Cash 150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00 | | |
| Bank: | Cheque No. | Date: 21-05-2018 |
| Being | | |
| Made by Ghada | | |

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