

File No#: 1000578

Date: 20 MAY 2018

اسم المريض

Patient Name: MOHAMMAD SADEGHI

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/09/1997

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): IRANI

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 052 208 0022

EMAIL:

How Did You Know About Us?

INSTAGRAM

Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint: Mohammed Khosravi2@gmail.com

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:

## نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الإمتل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لإستكمال العلاج.

وأنا أفهم أن من الممكن ان 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.

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

أفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم إستكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماماً كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أفهم ان هناك رسوم الأبدى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الإنتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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:

## 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:



REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO\*

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	Mohammad,Mandani,,,Sadeghi	IDN:	784199793904030	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد مندانی،،،صادقی	Card Number:	086051911	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		(Ar):	جمهوریة ایران الإسلامیة		
Issue Date:	30/10/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	25/10/2019	Date of Birth:	21/09/1997	Sponsor Name:	( علی رضا صادقی التجاره ) ث م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172618751	Residency Expiry:	25/10/2019
ID Type:	IL	Occupation:	1233	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/20/2018

DOCTOR NOTE

20.05.2019

ANSWERING ABOUT  
ACAF SCANS.

Tn / PDP 4 SCANS

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'S' followed by a vertical line and a horizontal line.

