

File No# : 1000610 Date: 2/6/2018 اسم المريض: _____
 Patient Name: Heba khalef Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/1986 Occupation (الوظيفة): _____
 Nationality (الجنسية): Palestine Phone No. (رقم الهاتف): 056-968783
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____
 E.MAIL: _____
 How Did You Know About Us? _____

	Medical Condition الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟ Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ Allergies هل لديك أي حساسية؟	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<u>Glucophage XR 1500</u>
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<u>Blood Surgery (Broken Nose)</u>
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التروية أو تتعاطى أي مميعةات للدم؟ Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، تويميا (فقر الدم)	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ *for ladies: Pregnancy, contraceptive pill, Menstrual problems *للتنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<u>Irrigular periods.</u>
GI	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	
Other	Other conditions: أخرى؟ HSV, HIV...etc	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	



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 اتفهم 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 العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات 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 إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ: ٢٠١٨ - ٦ - ٢

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	Heba Mohamad,,,Khalaf	IDN:	784198641591965	Mother Name:	
Name (Ar)	هبة محمد,,,خلف	Card Number:	082821270	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	03/04/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	29/03/2019	Date of Birth:	01/01/1986	Sponsor Name:	محمد احمد خلف
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	05547561
Residency Type:	03	Residency Number:	30119993011574	Residency Expiry:	29/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/2/2018

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: _____



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000712)	Date:02-06-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000610 - HEBA KHALEF - 0509687813		
The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 1,200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 02-06-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

