

File No#: 1000617 Date: 3/6/18 اسم المريض: _____

Patient Name: Ghaya Hassan

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7-3-1998

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): U.A.E

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Singel

Phone No. (رقم الهاتف): 0562602098

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us?

google

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: _____

22



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 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 حالي 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 الاضافية 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.

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 حالي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم 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 أقدمها بخصوص حالي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتنك 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:

DOCTOR NOTE

03.06.2019

CONJUNCTIVA RB3005

UP FILTRAL, RUS

NO SE FILTR 2??

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Ghayya,Abdulla,Ali,Murah,Hassan	IDN:	784199892084130	Mother Name:	Shaka
Name (Ar)	غاية,عبدالله,علي,مراح,حسن	Card Number:	068542213	Mother Name (Ar):	شايخة
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	202012831
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	15/05/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/05/2019	Date of Birth:	07/03/1998	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	18



Photo

Signature Image

30 years

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

6/3/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000718)	Date:03-06-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000617 - GHAYA HASSAN - 971562602098		
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: 03-06-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae