

File No#: 1000646

Date: 10/6/2018

اسم المريض

Patient Name: Hi Sham al acribi

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8/8/1977

Gender (الجنس): M / ~~F~~

Nationality (الجنسية): Yemen

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0505581611

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Dr: Yanob

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: _____

Local Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____

نموذج إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- اتفهم 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 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.
- أقرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.
- اتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما اتفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية، و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي
- اتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.
- ان أي معلومات أقمها 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

cAEAlOEBA830DQxO*

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	Hesham,Abobakr,Alawi,Al Qerbi		
Name (Ar)	هشام ابوبكر علوي القرني		
Title		IDN:	784197732531732
Title (Ar)		Card Number:	077743771
Issue Date:	29/03/2016	Nationality (Ar):	YEM اليمن
Expiry Date:	20/03/2019	Sex:	M
Marital Status:	02	Date of Birth:	08/08/1977
Residency Type:	07	Husband IDN:	
ID Type:	IL	Residency Number:	20120077091976
		Occupation:	98
		Mother Name:	
		Mother Name (Ar):	
		Family ID:	
		Sponsor Type:	06
		Sponsor Name:	ميراني عطلة الابداعيه
		Sponsor Number:	00
		Residency Expiry:	20/03/2019
		Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

6/10/2018

DOCTOR NOTE

DS / OVER WEIGHT
PBM 39.9 (114 kg)
GIVEN MDUCE TO 169 cm
RESUME K WEIGHT



