

File No#: 1000655 Date: 11/06/18
اسم المريض:
Patient Name: MAAYAM AL ALI
Gender (الجنس): M / (F)
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 08/12/1971
Occupation (الوظيفة):
Nationality (الجنسية): UAE
Phone No. (رقم الهاتف): 0503635302
Marital Status (الحالة الاجتماعية):

MAIL: _____
How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
2- دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكويتان / الايسوترتينوتين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

نعم لا

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح بتطبيق بعلاج حائتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموضح.

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضيقية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أفهم ان من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات اخرى 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.

أفهم انه ليس هنالك اي ضمانات أو أي تأمين لتنتاج العلاج كما أفهم ان هنك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حائتي المرضية، و أفهم تماما كافة الاخطار الناتجة 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 هنك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان اي معلومات قدمها بخصوص حائتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امثلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بتكامل 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)	True
Modifiable Data (SF5)	True
Holder Signature Image (SF7)	True
Photography	True
Home Address	True
Work Address	True

Card Holder Information

Name	Maryam, Hassan, Yousef, Al Ali	IDN:	784197137219214	Mother Name:	
Name (Ar)	مريم حسن يوسف ذال علي	Card Number:	063698928	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	501002390
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	04/06/2013	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	02/06/2018	Date of Birth:	08/12/1971	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	99

Photo



Signature Image

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

6/11/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000755)

Date:11-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000655 - MARYAM AL ALI - 0503635362

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-06-2018

Being

Made by **Amal KC**

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