

File No#: 1000664 Date: 13-6-2018
Patient Name: Rouaida Ghaida اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/12/1969 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Lebanon Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 056-2815768

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: _____

Physical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: _____

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 اسمح 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 أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر 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 عدوى 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

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	Roucida,Abou Ghaida	IDN:	784196963030521	Mother Name:	
Name (Ar)	رويدا مالك ابو غيدا	Card Number:	083717633	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	31/05/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	20/05/2019	Date of Birth:	12/12/1969	Sponsor Name:	مستودع ومحللات السلام (م م) مكتب الاداره
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120152232417	Residency Expiry:	20/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/13/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,785.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000769)

Date:13-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000664 - ROUEIDA GHAIIDA - 971562815768

The sum of Dhs. **One Thousand Seven Hundred Eighty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,785.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-06-2018

Being

Made by **Ghada KO**

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

SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: **ORCHID MEDICAL CENTER**

Date of issue: **24 JUNE 2018**

Cert No: **OMCI/2018/1015**

Patient's Name: ROUEIDA ABOU GHADA	File Number: 1000664
Age: 49	Sex: FEMALE

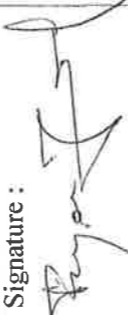
Unfitness

This is to certify that the above patient visited **MEDICAL CLINIC on 24/JUNE/2018**

The patient is unfit to work from **25/JUNE/2018** until **25/JUNE/2018**.

Diagnosis: small surgery for face

Comments:

Doctor's Name: Dr. GORAN JOVANOVIC	License Number: V220 د. غوران يوفانوفيتش
Signature : 	Stamp : Dr. Goran Jovanovic إخصائي - جراحة التجميل Specialist - Plastic Surgeon MOH License No.: V220 ترخيص رقم: V220 مركز اوركيد الطبي Orchid Medical Centre

Notes :

- 1- Certificate is invalid if any corrections are made.
- 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped.
- 3- Certificate is issued at patient's request

للاستعمال الرسمي : تصادق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور المرخص من قبل وزارة الصحة دون تحمل إدارة منطقة الشارقة الطبية اي مسؤولية من محتويات هذا التقرير (اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية)

Sharjah – cornich alkhan – alkhan palace 201 – near petrofac
Phone : +971 6 555 8337 mobile : +971 50 603 7996



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

3,570.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000831)

Date: 01-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000664 - ROUEIDA GHADA - 971562815768

The sum of Dhs. Three Thousand Five Hundred Seventy Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 3,570.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 2030

Made by Money

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