

File No#: 100082 Date: 24/06/18 اسم المريض: \_\_\_\_\_

Patient Name: ALI AYDUB Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 14/09/1996 Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Nationality (الجنسية): COMOROS Phone No. (رقم الهاتف): 0508918480

Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_ E.MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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 اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم 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.

أفوض 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 أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك 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 :  ع.ج.ف.

التاريخ: 24-06-2024

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO\*

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**

<b>Name</b>	Ali,Ayoub,Alia,Saleh	<b>IDN:</b>	784199621464108	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	علي,ايوب,علي,وصالح	<b>Card Number:</b>	086108640	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	COM جزر القمر	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	08
<b>Issue Date:</b>	01/11/2017	<b>Date of Birth:</b>	14/09/1996	<b>Sponsor Name:</b>	القيادة العامة لشرطة دبي/1
<b>Expiry Date:</b>	30/10/2020	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Residency Number:</b>	20120177611163	<b>Residency Expiry:</b>	30/10/2020
<b>Residency Type:</b>	07	<b>Occupation:</b>	5162	<b>Occupation Field:</b>	00
<b>ID Type:</b>	IL				



Photo

Signature Image

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

6/24/2018

24.06.2018

DOCTOR NOTE

CONCUSSION ABOUT PRP. FOR FACE  
PATIENT TRAINING. BAKWUFAN 5 MONTHS  
ADVICE IS TO FURCA WITH BAKWUFAN  
KAND COME AGAIN FOR ANQUANTUM



