

File No#: 1000704 Date: 4/7/2018
اسم المريض

Patient Name: Saif Al Shamdi Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 6/6/1987 Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): u.a.e Phone No. (رقم الهاتف): 050-39 00065

Marital Status (الحالة الاجتماعية): 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:

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، وسمح 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 ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، 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 انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتك 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:

DOCTOR NOTE

04.07.2013 consultation for
STENOPTALMOPHOSIA.
PATIENT HAS DIPLOPIAS ON
PERIPHERAL AND NOSE SAMPLE.
HE WANTS TO DO BSLH SURGERY
FOR BUILDING AND SAMPLE
IN THE SAME TIME

KUSSAU PATENT HAS
TO DO SYNECTOMY
IN THE SAME PROCEDURE



REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Saif,Saeed,Abdulla,Binkhatem Alshamsi	IDN:	784198720965106	Mother Name:	Fatimah
Name (Ar)	سيف بسعيد عبدالله بن خاتم الشامي	Card Number:	066220193	Mother Name (Ar):	فاطمة
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	702000637
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	
Issue Date:	10/12/2013	Date of Birth:	06/06/1987	Sponsor Name:	
Expiry Date:	10/12/2018	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	5162	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/4/2018