

File No#: 1000720

Patient Name: HANA JANOUUB

Date of Birth (التاريخ الميلادي): 30/12/1986

Nationality (الجنسية): MOROCCO

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

E.MAIL:

How Did You Know About Us? GOOGLE

Date: 8/7/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0567402991

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا/نعم	If YES give details إذا كتبت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تعاطى أي علاجات حديثة؟		Yes/No لا/نعم	No
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No لا/نعم	No
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No لا/نعم	Yes Allergie (Fishy)
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟		Yes/No لا/نعم	كحليبة اللوز نبي
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغلق القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No لا/نعم	No
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التثقيب أو تعاطى أي مميعات الدم؟		Yes/No لا/نعم	No
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم)		Yes/No لا/نعم	No (Anemia maybe)
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No لا/نعم	No
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	No
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No لا/نعم	No
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No لا/نعم	No
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No لا/نعم	No
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/نعم	No
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	No
Other	Other conditions? أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc		Yes/No لا/نعم	No

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 أسمح للطبيب بعلاج حالي 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 الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هنالك 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 حالي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :
التاريخ: 8/7/2018

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Calcium on teeth after ortho

Medical History السجل الطبي

Diseases: Anaemia Medication: _____

Allergies: Fish Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Spacing / Decay / Poor oral Hygiene

Radiography: _____

Examination: Bleeding on Probing / Calculus / Deep pockets

Diagnosis: Gingivitis / Caries



United Arab Emirates
MINISTRY OF INTERIOR

General Directorate of Residency & Foreigners Affairs

دولة الإمارات العربية المتحدة
وزارة الداخلية
الإدارة العامة للإقامة وخوارج الأجانب

رَأْيُ دَخُولِ الْكُفْرِيِّ - eVisa

201810618274/5



0702010718326026



عمل/هـ

EMPLOYMENT/I



زايد

ZAYED

ENTRY PERMIT NO :

7326026 / 2018 / 201

Date & Place Of Issue : 31-MAY-2018

DUBAI

Valid Until : 29-JUL-2018

203966493

U.I.D. No :

Allowed to Enter U.A.E to:

Full Name : Ms. HANA JANOU'B

Nationality : MOROCCO

Place of Birth : MAROCAINE

Date of Birth : 30-DEC-1986

Passport No : NORMAL / CW1617045

Profession : HOST

Accompanied by

Wife : None

Children : None

إذن دخول رقم :

2018/05/31 تاريخ ومحل الإصدار : دبي

2018/07/29 تاريخ صلاحية الدخول :

الرقم الموحد :

لجيز بدخول دولة الإمارات العربية المتحدة إلى :

الإسم الكامل : هناء جلوب

الجنسية : المغرب

محل الميلاد : مغربية

تاريخ الميلاد : 1986 / 12 / 30

رقم الجواز : CW1617045 / عادي

المهنة : مضيف

الموافقون

الزوجة :

الأبناء :

لا يوجد

لا يوجد

Name :

IMG THEME PARK L.L.C

Address :

TEL:043811111. P.O.BOX :114444, 2/1/206994

الكفيل Sponsor

Note : ENJOY YOUR VISIT & LEAVE BEFORE YOUR VISA

EXPIRES SO WE CAN WELCOME YOU AGAIN

تمتع بزيارتك وعلتر قبل انتهائها ليتم الترحيب بك مرة أخرى

تنبيه :



Director of Residency & Foreigners Affairs

مدير الإدارة العامة للإقامة وشؤون الأجانب

استوفيت الرسوم

at ameen

8005111 / 04-3139999

For any inquiry please call AMER SERVICE

tel : 04-3139999 / 8005111

كل شيء أفضل عندما تكون معنا

A safer neighbourhood is a safer home.

Toll free 8004888. www.alameen.ae

https://www.gdrfa.ae/portal/pls/portal/inimm_db_disp_vis_det

31-May-18



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000872)

Date:09-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000720 - HANA JANOUB - 971567902991

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-07-2018

Being

Made by **Ghada**

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: **12 AUGUST 2018**

Cert No: **OMC1/2018/1016**

Patient's Name: HANA JANOUB	File Number: 1000720
Age: 32	Sex: FEMALE

Unfitness

This is to certify that the above patient visited **MEDICAL CLINIC on 12/AUGUST/2018**

The patient is unfit to work from **13/AUGUST/2018** until **13/AUGUST/2018**.

Diagnosis: GINGIVAL ABSCESS ON LOWER LEFT THIRD MOLAR THAT CAUSED PAIN & SWELLING

Comments:

Doctor's Name: Dr. ABDUL HALEEM AL MARDAWI	License Number: D38021
Signature : 	Stamp : 

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001037)

Date:12-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000720 - HANA JANOUB - 971567902991

The sum of Dhs. Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-08-2018

Being

Made by Ghada

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