



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 18 / 12 / 2018

File Number: 1800818

Patient Name: Ihsan Alaurashi

اسم المريض: احسان عبد الصمد القرشي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1976 / .. / .. Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Saudi

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shifaiah

Phone No. (رقم الهاتف): 0563531666

E-MAIL:

How did you know about us: Rabbani

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	Yes/No لا/نعم
هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مضغبات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant	Yes/No لا/نعم
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	Yes/No لا/نعم Tilefast, Nexum, Clestor, Aspirin, gi
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious illness	Yes/No لا/نعم
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	Yes/No لا/نعم
هل لديك فقر الدم، لوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أي امراض تنفسية، التهاب في القصبات، السعال، امراض أخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أي امراض تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	Yes/No لا/نعم
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	Yes/No لا/نعم
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	Yes/No لا/نعم
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أي امراض أخرى؟ Other conditions HSV, HIV...etc	Yes/No لا/نعم



### 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 any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما تكلمت في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المتقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ليرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو التزيف أو الالام أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدته لي فحسي للملف صحيحة و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / ...

File No: .....

Date: / /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg  
Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm  
Blood Pressure (م ضغط الدم): /

Blood Type (نوعية الدم):  
Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001032)

Date:11-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000818 - IHSAN AL QURASHI - 971563531666

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-08-2018

Being

Made by Ghada

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