

Date: 12/8/2018

File Number: 1000820

Patient Name: Fatima Al-dakati

إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 15 / 2 / 1978 Gender (الجنس) M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Syria

Phone No. (رقم الهاتف): 0307551755

Address (العنوان): Shaal-jah

E-MAIL:

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أكثر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ هل تتعاطى أي مضادات للمناعة؟ هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم لا/نعم لا/نعم	No No Yes	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعانتي من أي امراض؟ هل لديك أي أمراض خطيرة؟	لا/نعم لا/نعم	Yes Yes	yes, remove salivary gland
هل لديك أي أمراض خطيرة؟	لا/نعم	No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم	No	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا/نعم	No	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم لا/نعم	No No	
هل تعاني من أمراض الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا/نعم	No	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم	No	
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم	No	
هل تعانين من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc	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 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 نكره في الفحص الأولي والتي 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 نتائج 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 مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 قدمته لي فتحي للملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (نصيلة الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط 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 ، احوال المستشفى

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

Treatment Plan خطة العلاج

12.08.2018
Rampuker (2 ms)
CNS
ABU



Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Fatima.Mohammed,Aldalati	IDN:	784197890527621	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة محمد الدالاتي	Card Number:	078420743	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	17/05/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	07
Expiry Date:	21/04/2019	Date of Birth:	15/08/1978	Sponsor Name:	مؤسسة الامارات للتصالات-الصالات منطقة دبي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20119987003483	Residency Expiry:	21/04/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/12/2018