

Date: 2018/09/20 File Number: 1000886

Patient Name: Ghayja Al Shamsi اسم المريض

Date Of Birth: 12/13/1968 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية): Address: (العنوان): Occupation (الوظيفة): Phone No. (رقم الهاتف): 0506463595

E-MAIL: How did you know about us: (كيف تعرفنا)

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		No	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		No	No
Allergies أي حساسية؟		No	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		No	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		No	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		No	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أو كيميا (فقر الدم)		No	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		No	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		No	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية		No	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		No	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		No	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		No	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		No	No
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV... etc. فيروس الإيدز، فيروس الحلا الأيسبب		No	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،
- أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتقدم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما نكر 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقصدة لي، كما أتقدم للاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتقدم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي لي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتقدم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة الخطوات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحني الملف صحيحة. و أتقدم ان اي ملاحظات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان هي المعلومات المكتوبة لتعني هذا الإقرار 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: ... / ... /
2018 9 2

File No:

Date: / /

استبيان تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (الضغط 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 ، احوال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

Examination: الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

02.09.2018 CONSUMPTION
FOR FREE PREJUDICEMENT
(WATER) FRESH INJECTIONS. (FREE
(2 cc)).



Doctor's Signature and Stamp

.....

United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة

Identity Card

بطاقة هوية



ID Number / رقم الهوية /
784-1968-3651075-8



الإسم: غايه عيسى سيف باللكهليلب الشامسي



Name: Ghaya Elsa Saif Bailekhalilb
Alshamsi

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة

Nationality: United Arab Emirates



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001161)

Date:02-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000886 - GHAYA AL SHAMSI - 971506469595

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **02-09-2018**

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001241)

Date:15-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000886 - GHAYA AL SHAMSI - 971506469595

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-09-2018

Being

Made by  Ghada

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