



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

وجهة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 29/9/2018

Patient Name: Amal Al Yassi

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 30/10/1975 Gender: M (F)

Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

E-MAIL:

File Number: 1000920

إسم المريض:

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0588914551

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل If 'YES' give details
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب قنفاص القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التثقب أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكميما (فقر الدم)	Yes/No لا/نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتا، فيروس الحلا البسيط etc	Yes/No نعم / لا



### 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 بحاجتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى 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 لتنتج العلاج و الإجراءات الطبية أو الجراحية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدي نفسي للملف صحيحة و أتفهم إن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (فصيلة 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 (تعاظمي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

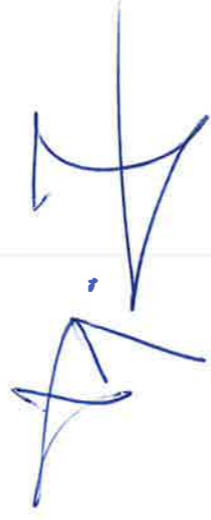
Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Treatment Plan خطة العلاج

09-09-2018, Consultation  
ABOUT SUTURELESS SOFT  
TITRANS FOR FACE  
TIGHTENING, (4 TITRANS)

16-09-2018 Follow up  
7 days after procedure,  
no bruising seen  
PATIENTS



Doctor's Signature and Stamp

.....





REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO-

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Amel, Yousif, Ahmed, Abdalla, Alyassi	IDN:	784197552909067	Mother Name:	
Name (Ar)	أمل يوسف أحمد عبد الله الياسي	Card Number:	082431900	Mother Name (Ar):	301026602
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	08/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/03/2027	Date of Birth:	30/10/1975	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/9/2018

## SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: **ORCHID MEDICAL CENTER**

Date of issue: **09 SEPTEMBER 2018**

Cert No: **OMC1/2018/1018**

Patient's Name: <b>AMAL AL YASSI</b>	File Number: <b>1000920</b>
Age: <b>43</b>	Sex: <b>FEMALE</b>

### **Unfitness**

This is to certify that the above patient visited **MEDICAL CLINIC on 09/SEPTEMBER/2018**

The patient is unfit to work from **10/SEPTEMBER/2018** until **10/SEPTEMBER/2018**.

### **Diagnosis: SMALL SURGERY FOR FACE**

### **Comments:**

Doctor's Name: <b>Dr. ABDUL HALEEM AL MARDAWI</b>	License Number: <b>D38021</b>
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 : نصادق 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 – cornich alkhan – alkhan palace 201 – near petrofac  
Phone : +971 6 555 8337      mobile : +971 50 603 7996



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

3,570.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001204)

Date:09-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000920 - AMAL AL YASSI - 971508914551

The sum of Dhs. Three Thousand Five Hundred Seventy Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 570.00 / By Credit Card 3,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-09-2018

Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**