

Date: 29 / 1 / 2018

File Number: 1000970

Patient Name: Reem Man.Sayx

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 29 / 1 / 1983 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Jordan

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0507393828

E-MAIL:

How did you know about us: Google

الحالة المرضية / Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي كورتكوستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No لا/نعم	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف 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 النزيف أو تتعاطى أي مميحلات للدم؟	Yes/No لا/نعم	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكمييا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	No
Chest disease, Asthama, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	No
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
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	No
Other conditions HIV... STD هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 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 بإجراء حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التعامل
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتفصيلية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميمي بإجراء الأختل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أميزا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- أفهم الطبيب المعالج بإختار كل الإجراءات الطبية و الجراحات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أفهم أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفويض لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المتقدمة لي، كما أفهم الأخطار و العواقب الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجاهية .
- و أدرك أن بعض الإجراءات التفصيلية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو الألم أو الحساسية
- أفهم أن هناك رسوم و أمد إضافي يجب علي دفعها مقابل الخدمة الجراحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الإختفاء من العالج.
- أفهم أن كافة العمليات الطبية و التاريخ الطبي الذي تقدمته لي تفصي للملف صحيحة و أنني ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما لا يمكن الإفلاخ عليها دون عائلتي
- أفهم أن ربي المعلومات الكاملة لتعميم هذا الأقرار و أن هذا الأقرار قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و الذي وافقت علي تقديم اراضي

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



File No: .....

Date: / /

## Patient Assessment

Weight (الوزن): Kg  
Pulse (النبض): ppm  
Vital Signs (إشارات الحيوية)  
Height (الطول): cm  
Blood Pressure (ضغط الدم): /  
Blood Type (نوعية الدم):  
Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint: مريض زيارة لزيادة

Disease History: التاريخ المرضي:

Allergies: الحساسيات

Medications: الأدوية

Pregnancy: الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة، إخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (أدوية): Y / N

General & Clinical Findings: زيارات العامة و السريرية

Examination: الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

File No: .....

Date: / /

இசைப்பாட்டுப் பிடிப்பு அட்டை

Teacher's Signature and Stamp:

.....





UNITED ARAB EMIRATES  
Ministry of Interior  
DEIRA

دولة الإمارات العربية المتحدة  
وزارة الداخلية  
ديرة

DRIVING LICENSE

رقم الترخيص: 1409008  
تاريخ الميلاد: 29/03/2009  
تاريخ انتهاء الترخيص: 29/03/2019  
الجنس: Female  
اللون: Brown

رقم الترخيص: ١٤٠٩٠٠٨  
تاريخ الميلاد: ٢٩٠٣/٢٠٠٩  
تاريخ انتهاء الترخيص: ٢٩٠٣/٢٠١٩  
الجنس: أنثى  
اللون: بني

REEM MOHAMMAD MAASOUD ABU AL SHEHAI  
3.

ريم محمد ماسعود أبو الشهي  
٣

