

Date: 20/2/2022

Patient Name: Rakab, Suaid

File Number: 1000971

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2 / 8 / 1987 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0508450002

E-MAIL: How did you know about us: Google

الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
هل تناولت أي دواء أو تلقيت أي علاجات حديثة؟	Recent of current drugs/Medical Treatment	Yes/No لا/نعم	No
هل تناولت أي مضادات حيوية أو عقاقير مناعية؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	Yes/No لا/نعم	No
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	Yes/No لا/نعم	No
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious illness	Yes/No لا/نعم	No
جراحة قلب، حصي روماتيزم، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	Yes/No لا/نعم	No
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التروية أو تعاليت أي مضاعفات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	Yes/No لا/نعم	No
انيميا (فقير الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	Yes/No لا/نعم	No
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، التهابات، السعال، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	Yes/No لا/نعم	No
هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	Yes/No لا/نعم	No
للإناث فقط: هل تناولت أي موانع للحمل؟ هل تعاليت من مشاكل في الدورة الشهرية	For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	Yes/No لا/نعم	No
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	Yes/No لا/نعم	No
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	Yes/No لا/نعم	No
هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	Yes/No لا/نعم	No
هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	Yes/No لا/نعم	No
هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس نقص المناعة البشرية، HIV، AIDS	Other conditions	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 تسخ الطبيب علاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي عن قبل الطبيب المختص و التوافق
- اتفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميمي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل
- اتفهم انه من الممكن أن يتكثف الطبيب خلال العلاج أميأ مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- اتفهم الطبيب العلاج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خيريته المهنية و الطبية.
- أقر انه لم يتم تفهم أي ضمانات أو تفهين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- اتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و اقر ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التوريم أو الترقب أو الألم أو الحساسية
- اتفهم ان هناك رسوم بأحد الأنفى يجب علي بعضها مقابل الخدمة المادية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة التحليلات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي تفهمي للمف صحيحة و اتفهم ان أي ملاحظات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون علمي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وافقت علي تقديم اراضي

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



التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Patient Assessment

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

Chief Complaints
مسيب زيارة المريض للحياة

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 (أدوية): Y / N

General & Clinical Findings
ملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

20/9/18 Consultation

Signature

Doctor's Signature and Stamp:

.....

REDAD DATA

cAEAIOEBAA830DDQXO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

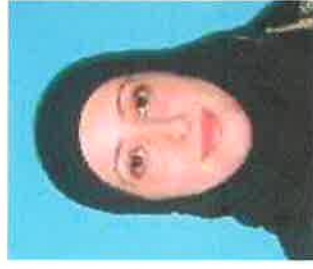
SHOW READED DATA

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	Rahaf, Galaa, Swid	IDN:	784198753187024	Mother Name:	
Name (Ar)	رهف جلاء سويد	Card Number:	079391653	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	28/07/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/07/2019	Date of Birth:	02/08/1987	Sponsor Name:	لوى الساعيل عسكر
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	07249283
Residency Type:	03	Residency Number:	20120073070210	Residency Expiry:	19/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/20/2018