



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنقاذ... جمال
Health ... Save ... Beauty

Date: 20/9/2018

File Number: 1000973

Patient Name: Bassel Alsbayce

Date Of Birth: 26/4/1988 (تاريخ الميلاد) M / F

Nationality: Libanais (الجنسية): Occupation: (الوظيفة)

Address (العنوان): Dubai

E-MAIL:

اسم المريض:

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0557197190

How did you know about us: Google

الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No لا/نعم	if 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
هل تناولت أي أدوية أو تلقيت أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	لا/نعم	No
هل تناولت أي مضادات حيوية؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	لا/نعم	No
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	لا/نعم	No
هل أجريت أي عمليات جراحية أو أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious illness	لا/نعم	No
جراحة قلب، مرض القلب، جراحة صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	لا/نعم	No
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التروية أو تناولت أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا/نعم	No
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	لا/نعم	No
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السعال، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا/نعم	No
هل تناولت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا/نعم	No
للبنات: هل أنت حامل؟ هل تناولت أي موانع للحمل؟ هل تناولت من مشاكل في الدورة الشهرية	For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا/نعم	No
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا/نعم	No
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا/نعم	No
هل تناولت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	لا/نعم	No
هل تناولت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	لا/نعم	No
هل تناولت من أي أمراض أخرى؟ فيروس نقص المناعة البشرية، فيروس الإيدز، فيروس الحماق النطاقي	Other conditions 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 of 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 بحاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية المتصافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي
بالمعالج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يتخلف الطبيب خلال المعالج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص
الوطني و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- أفهم ان الطبيب المعالج يتخذ كل الإجراءات الطبية و العاديات اللازمة و المطلوبة بحكم
غيرته المهنية و الطبية.
- أقر انه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجيبية
المرضية لي، كما اتفق الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات
العادية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات
كالالتهاب أو التورم أو التوريق أو الألم أو الحساسية
المرضية.
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العادجة و أن جميع
الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العالج.
- أقر أن كافة التعليمات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تفصي الالف صحيحة و
أفهم ان اي ملاحظات تعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها من
غير اذنتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و
اذي قد قرأت و قنيت جميع تفاصيله بالكامل و اتي بوقت علي بكامل اراضي

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

التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Patient Assessment

المؤشرات الحيوية
Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

Chief Complaint: مريض زيارة

Disease History: التاريخ المرضي:

Allergies: الحساسيات

Medications: الأدوية

Pregnancy: الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اأخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (أأاقين): Y / N

General & Clinical Findings: الأأاطات العامة و السريرية

Examination: الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: الأأخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
20/9/18	Consultation about acne SCARS		Ø	



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Bassel,Abdal Kareem,,,Alsbayce	IDN:	784198387580842	Mother Name:	
Name (Ar)	بassel عبدالكريم,,,السنيني	Card Number:	083796140	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية			
Issue Date:	05/06/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	16/05/2020	Date of Birth:	26/04/1983	Sponsor Name:	شركة الامارات للتصالات المتكاملة - ش.م.ع
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120177060371	Residency Expiry:	16/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/20/2018