



Date: 10/10/2018

File Number: 1001018

Patient Name: Rihab El Chehabi

اسم المريض

Date Of Birth: 1/1/1979 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: Palestinian Occupation: (الوظيفة)

Address: Shajrah

Phone No. (رقم الهاتف): 0528876230

E-MAIL:

How did you know about us: Google

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي ستيرويدات أو مخفضات للمناعة؟	لا	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	حساسية غير
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا	لا
Cardiac surgery,Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات للدم؟	لا	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض مولية أو جنسية؟	لا	لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	لا	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى	لا	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	لا
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي امراض اخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحماة البسيط، etc	لا	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 بإجراء حائتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و العيولة
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما تذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- أفوض الطبيب المتابع باتخاذ كل الإجراءات الطبية و الإجراءات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعيين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات المادية و الجراحية.
- و ليرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو القوب أو التورف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بأحد الأيدي يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة التعليمات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدّمته لي تفهمي للعكف صحفية و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحائتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت علي كامل ارادتي

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



06/10/2018

Patient Assessment

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

she is looking to conceive
But her weight.

Disease History التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Dust . (50,000) D + Cact + B₁₂ + Cymbark

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، الخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (المخدرات): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan علاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Rihaf Youssef,El Chehabi	IDN:	784197958205151	Mother Name:	
Name (Ar)	رهاف يوسف الشهابي	Card Number:	078236599	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	01/05/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	19/08/2017	Date of Birth:	01/01/1979	Sponsor Name:	مجموعه شركات ناصر سعيد سلمان
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120052086416	Residency Expiry:	19/08/2017
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/6/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Dietary Consultation

نموذج استشارة غذائية

Dietary consultation involves a health profile. The purpose of the health profile is not to establish a diagnosis, but rather to determine a client's health status in order to guide his/her weight control plan. A client may be advised to seek medical advice based on his/her health profile.

Date: 6/10/2018
Patient Name: Alhab EL Chehabi
File Number: 1001018

Current Weight (الوزن الحالي) :
Weight 1 year ago (الوزن السنة الماضية) :

Minimum Adult Weight (أقل وزن) : Age:
Maximum Adult Weight (أعلى وزن) : Age:

Do You Exercis (هل تقوم بالتمارين الرياضية) : Yes / No
Exercise Type (نوع التمرين) : How Often (كم مرّة) :

Have You Been on a diet before? Yes / No
هل انتظمت سابقا بأي حمية غذائية؟ نعم / لا

If yes, please specify which diet(s) and why you think it didn't work for you?

إذا كانت الإجابة نعم ، لماذا تعتقد ان تلك الحمية لم تكن مناسبة لك؟

.....
.....
.....
.....

On a scale of 1 to 10, Indicate the level of importance you give to losing weight with professionally supervised weight loss method

بقياس ١ الى ١٠ ، حدد درجة أهمية فقدانك للوزن تحت اشراف المتخصصين

Least Importance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 More Importance

How Many Children Do You Have?
كم عدد الأطفال؟

Who does the most cooking at home?
من يقوم بطهي الطعام غالبا في المنزل؟

On Average how many hours do you sleep per night?
ما هو معدل ساعات نومك ليلا؟

Eating Habits العادات الغذائية

Do You Have Breakfast Every Morning? Yes Sometimes No Never
Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before Lunch? Yes Sometimes No Never
Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have Lunch Every Morning? Yes Sometimes No Never
Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before dinner? Yes Sometimes No Never
Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have Dinner Every Morning? Yes Sometimes No Never
Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before dinner? Yes Sometimes No Never
Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Consent Form For Nutritionist Weight loss Method

I confirm that the information that I have provided and that is recorded by me on this health profile is true, complete and accurate and that I have not withheld or otherwise omitted. weather in whole or in part, any information concerning my health status. in this respect, I confirm that I have disclosed all past and present physical/ or mental health problems or concerns that I have experienced, diagnosis and/or surgeries that I have had, medications and supplements that were prescribed to me or that I have taken.

Without limitation to the foregoing I specifically confirm that I do not have the conditions and that I am not taking any medications. Furthermore, I understand that I should not be undertaking or otherwise following the weight loss method if I have any of the said conditions or if I am currently taking any of the said medications unless I specifically consult with a medical doctor while I am on weight loss method, and provide documentation confirming the foregoing.

I understand that if I have any of the aforementioned conditions or if I am currently taking any of the aforementioned medication, or I have not disclosed same to the center and nevertheless chose to go on professional weight loss method without specific supervision, such decision will be completely voluntary, and I release and discharge the center as the laboratories or any employee from any and all damages, liabilities, claims and causes of action of any nature whatsoever that may result from such voluntary decision.

I confirm that the Nutritionist has explained to me that I have had the opportunity to ask questions relating to the weight control method, and that I have been provided with the answers to such questions and that I understand the importance of strictly following the weight control method as explained to me verbally and in the materials provided to me, both before and during the weight control method

without limitation to the foregoing, I confirm that I have been advised that because the weight control method limits the ingestion of certain goods, it is important that I consume the recommended vitamins and minerals while I'm on the weight control method.

I undertake to disclose immediately to the center and nutritionist all the changes in my health status, discomfort, symptoms or other health concerns that I may experience while I am on the weight control method.

نموذج أقرار التحكم بالوزن تحت اشراف اخصائي تغذية

أقر أن كافة المعلومات التي قمت بالإدلاء بها في ملفي الطبي صحيحة و كاملة و دقيقة و أنني لم أخف أي معلومات تتعلق بصحتي أو عاداتي الغذائية جزئياً أو كلياً. و أقر أنني قد قدمت كافة المعلومات المتعلقة بصحتي الجسدية و النفسية و أي حالة مرضية كنت قد مررت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الادوية و المكملات التي قد وصف لي أو أقوم بتناولها حالياً.

و أقر أنه ليس لدي أي حالات مرضية من التي سبق ذكرها في الملف الطبي لا تناول أي أدوية عدا عن التي أوصفت عنها في الملف الطبي و اتعهد أنني لا يجب ان اتعاطى أي أدوية خلال أو بعد اتباعي لطريقة التحكم بالوزن تحت اشراف الاخصائي دون استشارة طبيب و دون اعلامي لأخصائي التغذية بهذه الادوية أو المكملات و ابراز الوثائق الرسمية التي تدل على ذلك.

اتعهد ان تعاطي أي أدوية دون اعلامي لأخصائي التغذية أو خصوصي لطرق تحكم الوزن دون اعلامي للأخصائي و دون اشراف المختصين هو قرار شخصي و اختياري، و أعفي الأخصائي و الطبيب و المركز و أي من موظفي من تبعات هذا القرار و لا يحق لي المطالبة بأي تعويض عن الاضرار الناتجة عن هذا القرار الاختياري.

أقر أن اخصائية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة لطرح اي اسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و انه قد تمت اجابة كافة اسئلتي بشكل كاف و كامل. و اني اتعهد اهمية اتبعي لطريقة التحكم بالوزن بدقة كما تم شرحها لي شفويًا و من خلال المواد المكتوبة التي تم تزويدي بها و الالتزام بكافة التعليمات قبل و بعد اتباعي لطرق التحكم بالوزن.

بالإضافة الى ما سبق أقر أنه قد تم اعلامي أنه بسبب اتبعي لطريقة التحكم بالوزن فإنه يجب تناول بعض الفيتامينات و المعادن و المكملات الغذائية و انه يجب الالتزام بتناول هذه المكملات بينما اتبع وسيلة التحكم بالوزن.

اتعهد باخبار المركز و اخصائية التغذية فوراً عن أي تغييرات في حالتي الصحية أو أي ضيق أو اعراض أو أي مشاكل صحية قد أتعرض لها بينما أخضع لوسيلة التحكم بالوزن.