

File No: ...1001041

Date: 14/10/2018

Date: 14/10/2018

File Number: ...1001041

Patient Name: ...Abdurrahman Alsharkas

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24/10/1972

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): British

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Alsharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0527345229

E-MAIL:

How did you know about us: *fav.masy*

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم ذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟		Yes	Diabetes
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟		No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		Yes	Diabetes
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes	kidney stones
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes	Diabetes
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيتي		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 أسمع الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يعتمد الطبيب خلال العلاج أمراً مختلفاً عن ما ذكر في الفحص الأولي 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 لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقيدة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مساهمة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد قضي الملف صحيفاً و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية سيقى سرية تماماً و يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لي 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 وقعت عليه بكامل ارادتي

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



التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية			
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (نمى الدم):	
Pulse (النفس): ppm	Blood Pressure (نمى الدم): /	Blood Sugar (نمى الدم):	

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Prostate
Want teeth cleaning

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، أبحال المستشفى

Smoking (التبخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمى العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Nothing Abnormal / Calculus

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Abdurrahman,Eshroko,Al Sharkasi	IDN:	784197265953865	Mother Name:	
Name (Ar)	عبدالرحمن اشروكو الشركسي	Card Number:	078104545	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	GBR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	بريطانيا		
Issue Date:	19/04/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	20/03/2019	Date of Birth:	24/10/1972	Sponsor Name:	مركز المنار الاسلامي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120167049477	Residency Expiry:	20/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2310	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

10/14/2018



مركز أوركيديك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001446)

Date:14-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001041 - ABDURRAHMAN ALSHARKASI - 971527345229

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-10-2018

Being

Made by **Ehada**

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae