



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ...1001142

Date: 6/11/2018

Date: 6/11/2018

Patient Name: Laila Al tungji

File Number: 1001142

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2/5/2008

إسم المريض

Nationality (الجنسية): UAE

Marital Status (الجماعية): M / (F)

Address (العنوان): Sharjah

Occupation (الوظيفة):

E-MAIL:

Phone No. (رقم الهاتف): 050.90.20550

How did you know about us: Inst.tungram

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي مقويات أو مثبطات المناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت أي أمراض خطيرة؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات الدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لحمية (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حاملة؟ هل تتناولين أي منع الحمل؟ هل تتناولين من مضائل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions: HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السوط...etc	✓	

### 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: ... / ... / .....

### تمنؤذج اقرار طبي

أنا هنا أوافق وأذن الطبيب المعالج الذي تم شرحه لي من قبل الطبيب المختص و  
أفهم أنه من الممكن أن يختلف الطبيب خلال العلاج أحياناً عن ما ذكر في القمص  
بالتالي / أوافق على تلقي الخدمات الإضافية التي تكون ضرورية من أجل ترويدي  
الخدمة و أوافق على تلقي الخدمات الإضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.  
أفهم أن هناك رسوم يجب على الأذى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع  
الرسوم المطلوبة يجب أن تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.  
أفهم أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تم تحمي باللقب صحفية و  
أفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفشاء عليها دون  
موافقتي  
أفهم أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و أن هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و  
أني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

التاريخ: 18 / 11 / 2018

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs		لأؤشرات الحيوية	
Weight (الوزن):	KG	Height (الطول):	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (الضغط الدم):	/
		Blood Type (الدم):	
		Blood Sugar (السكر الدم):	

سبب زيارة المريض للمعيمة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ائحال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (الطائفير) : Y / N

General & Clinical Findings  
بالملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

.....

.....

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQyM

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	Layla,Hazza,Obaid,,Albedaiwi Altunajji	IDN:	784200826291435	Mother Name:	Fatemah
Name (Ar)	ليلى، حزام، عبيد، البدوي الطنجي	Card Number:	083931772	Mother Name (Ar):	فطمة
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301021178
Issue Date:	15/06/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/06/2027	Date of Birth:	02/05/2008	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	99

Photo



Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

11/6/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001624)

Date:06-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001142 - LAILA ALTUNAJI - 971509020550

The sum of Dhs. One Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 100.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-11-2018

Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**