



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001159

Date: 11 / 11 / 2017

Date: 11 / 11 / 2017

Patient Name: Ahmad AL Khaled

File Number: 1001159

إسم المريض

Date Of Birth: 1 / 11 / 1973 Gender (الجنس) M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0555216661

How did you know about us: مارومج

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم تذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبّطات المناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب عضلات القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (قرح الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حاملة؟ هل تتعاطين أي موانع الحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي الأمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الأمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري، أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحما القبيح etc	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.

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمع الطبيب يعالج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المقبول،
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تشخيصي والعلاج الأنظف و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يحتاج الطبيب خلال العلاج لأمور مختلفة عن ما ذكر في القاص 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 تفويض نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقتبة لي كما أفهم الخطأ و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للقيصمات و الإجراءات الجراحية و العلاجية و الجراحية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات و امراض أو بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالإصابة أو التقيح أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أفهم أن هناك رسوم يالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ المرضي التي قدمت لي تحمي الملف صحفية و الطبي أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفشاء عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا القرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

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



التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs للمؤشرات 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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (الاعطاش): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

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**

<b>Name</b>	Ahmad,Mohamed,,Alkhaled	<b>IDN:</b>	784197394279539	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	احمد محمد,,الكحل	<b>Card Number:</b>	081883282	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	SYR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الجمهورية العربية السورية		
<b>Issue Date:</b>	31/01/2017	<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Expiry Date:</b>	25/01/2019	<b>Date of Birth:</b>	01/01/1973	<b>Sponsor Name:</b>	اتحاد المهتمين الاثنيانيه للعقارات البناء مش ذ م م بوتك
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	20119982010333	<b>Residency Expiry:</b>	25/01/2019
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	96	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

11/10/2018



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001661)

Date:10-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001159 - AHMAD AL KHALED - 971555216661

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: 10-11-2018

Being

Made by Ghada

---

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001680)

Date:12-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001159 - AHMAD AL KHALED - 971555216661

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **150.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 12-11-2018

Being

Made by Ghada

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