



Date: 22/12/2018

File Number: 1001342

Patient Name: Nehal Behal

إسم المريض:

Date of Birth: 16/2/1986 Gender: M / (E)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: Egyptian: (الوطنية): Occupation:

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0102028192474

E-MAIL: (البريد الإلكتروني):

How did you know about us: 789e.babk

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كنت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديًا؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	صلية لفروجر
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	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	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا (فقر الدم)،	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	نعم	صلية
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	نعم	التهاب كبد وراثي كمزاج
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other فرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا السسيط	لا	

History



### 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 بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤلف.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و امرنك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي الملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاخ عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الأقرار 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 دون السن القانونية):

نه ساع / نه لهد

التاريخ: 22/1/2018

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول): 148	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/
		Blood Type (دم):	
		Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Normal weight But  
Riger Connection in her tummy

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية:	— dust + smoke + lack of sleep
Medications الأدوية:	
Pregnancy الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , احوال المستشفى:	
Smoking (التخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

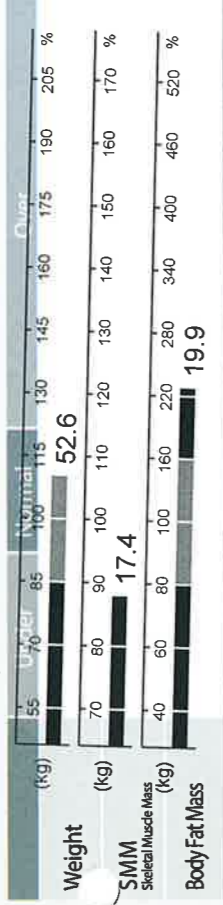




## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	23.9 ( 24.3~29.7 )
For building muscles	(kg)	6.5 ( 6.5~7.9 )
For strengthening bones	(kg)	2.30 ( 2.25~2.75 )
For storing excess energy	(kg)	19.9 ( 9.6~15.3 )
Sum of the above	(kg)	52.6 ( 40.5~54.9 )

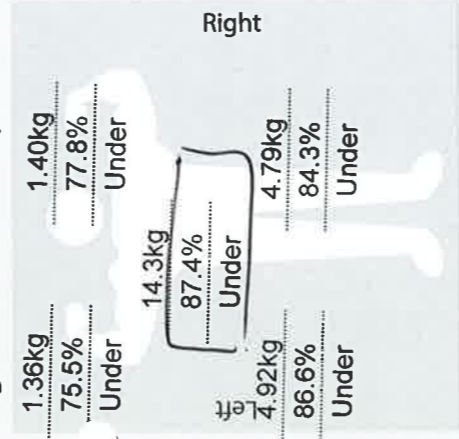
## Muscle-Fat Analysis



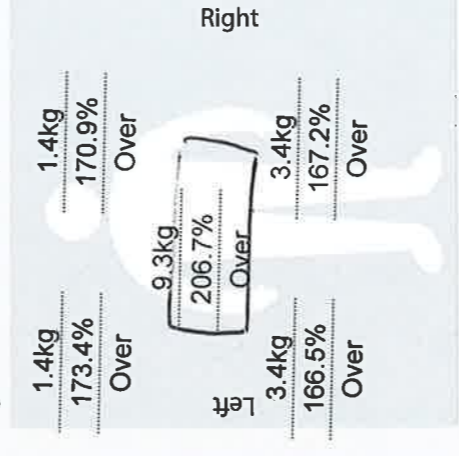
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight	(kg)	52.6
SMM	(kg)	17.4
PBF	(%)	37.8

## InBody Score

67 / 100 Points

\* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

## Weight Control

Target Weight 47.7 kg  
 Weight Control -4.9 kg  
 Fat Control -8.9 kg  
 Muscle Control +4.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.80

## Visceral Fat Level

Level 9

## Research Parameters

Fat Free Mass 32.7 kg  
 Basal Metabolic Rate 1077 kcal ( 1157~1332 )  
 Obesity Degree 110 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1396 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	93	Gateball	100
Walking	105	Yoga	105
Badminton	119	Table Tennis	119
Tennis	158	Bicycling	158
Boxing	158	Basketball	158
Mountain Climbing	172	Jumping Rope	184
Aerobics	184	Jogging	184
Soccer	184	Swimming	184
Japanese Fencing	263	Racketball	263
Squash	263	Taekwondo	263

\* Based on your current weight  
 \* Based on 30 minute duration

## Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



## Impedance

Z<sub>20</sub> 20 kHz: 457.8 472.2 27.1 300.8 283.7  
 100 kHz: 415.8 429.5 23.5 267.4 255.6