



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 9/1/2019

Patient Name: Aya Ali

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 10/7/1997 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Syria

Address (العنوان): Sharjah

E-MAIL:

File Number: 1001452

اسم المريض:

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

كعندك

Phone No. (رقم الهاتف): 0504328995

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	X	
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	X	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	X	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	X	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	X	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيلات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	X	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	X	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	X	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	X	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	X	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	X	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	X	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	X	
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	X	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV... etc	X	



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: 2019/11/19

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بالتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتناجح 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 و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 و لا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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: ... / ... /

المستطارة تقييم المرضض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg (قسيمة الدم) Blood Type
Pulse (النبض): ppm (ضغط الدم) Blood Pressure
Height (الطول): cm (سكر الدم) Blood Sugar

سبب زيادة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , ائخال للمستشفى

Smoking (التخين) : Y / N

Alcohol (الكول) : Y / N

Drugs (تعاقي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

4/11/2019

Consultation

Post laser scar of RR cheek

→ 29mm Round atrophic scar with relapsing of prod in southern pole.

10x Paspur pen for remaining scar

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Aya,M,Rida,Haj,Ali	IDN:	784199771596477	Mother Name:	
Name (Ar)	ايمحمد,ريضا,حاج,علي	Card Number:	086063702	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	30/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	09/08/2020	Date of Birth:	10/07/1997	Sponsor Name:	ميسون محمد جميل بركات
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0108803565
Residency Type:	03	Residency Number:	60120143013851	Residency Expiry:	09/08/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/9/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002270)

Date:09-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001452 - AYA ALI - 971504328995

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

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-01-2019

Being

Made by FATEN

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