



Date: 13 / 01 / 2019

Patient Name: Laila Moud Al Balooshi

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13/7/1999 Gender (الجنس): M (F)

Nationality (الجنسية): UAE (الوظيفة):

Address (العنوان):

E-MAIL: Laila.Alabooshi@gmail.com

File Number: 1001440

إسم المريض:

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

Phone No. (رقم الهاتف): 0502005098

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي ممييعات الدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)	✓	نلاسيما
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 في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الهربس البسيط، فيروس الحلا البسيط، 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.

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتعلم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بانتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنطاق العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتعلم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالالتهاب أو التورم أو التزريف أو الألم أو الحساسية
- أتعلم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزريف أو الألم أو الحساسية
- أتعلم 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 لي فحفي للملف الصحية، و أتعلم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكمال ارادتي

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

Date: ... / ... /

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

التاريخ: 2011 / 11 / 13

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة والسريانية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Treatment Plan خطة العلاج

AED
1200

13-1-2019

nose threads with LIA

③ Pcs G2160 mm used

no bleedings

after can reviewed

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

AED 999

1 unit filler in lips

(need dissolving of old stimulan)

Doctor's Signature and Stamp



Handwritten signature in blue ink.

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	Laila Mohammad, Ghuloom Juma, Al Balooshi	IDN:	784199936160367	Mother Name:	Khadija
Name (Ar)	ليلى محمد، غولوم جوما، البوشي	Card Number:	089693349	Mother Name (Ar):	خديجة
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	202011116
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	26/06/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	10/04/2019	Date of Birth:	13/07/1999	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	09	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

1/13/2019



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002310)

Date: 13-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001470 - LAILA AL BALOOSHI - 971502005098

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

By Cash 1,260.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: _____

Date: 13-01-2019

Cheque No. _____

Being _____

Made by Ghada

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