



Date: ٢٠١٩ / ٠١ / ٢٠١٩

File Number: ١٥٠١٧٩١

Patient Name: Ameneh M. Mohammed Sabayh

اسم المريض:

Date Of Birth: ٢٣ / ٠٣ / ١٩٦٩

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية)

Occupation: (الوظيفة)

Address: Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥٥٣٦٨٩٦٦

E-MAIL:

How did you know about us: Instagram

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا / نعم / <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبّطات للمناعة؟	<input checked="" type="checkbox"/>
Allergies هل لديك أي حساسية؟	<input checked="" type="checkbox"/>
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	<input checked="" type="checkbox"/>
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	<input checked="" type="checkbox"/>
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	<input checked="" type="checkbox"/>
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	<input checked="" type="checkbox"/>
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	<input checked="" type="checkbox"/>
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	<input checked="" type="checkbox"/>
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	<input checked="" type="checkbox"/>
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	<input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	<input checked="" type="checkbox"/>
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	<input checked="" type="checkbox"/>
Other conditions HIV, HSV...etc	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط



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 المؤهل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 بإختار كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبته 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 كالاتهاب أو التورم أو التزريف أو الألم أو الحساسية 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 الي مضاعفات كالالاتهاب أو التورم أو التزريف أو الألم أو الحساسية المرضية.

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد بقي الملقف صحيحة و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم 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: ١٨/٠١/٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات السابقة
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N

التعاطي الكحول (التعاطي الكحول): Y / N

التعاطي العقاقير (التعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

1001491

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Ameneh,Mohammad,,Ghasr	IDN:	784196929431755	Mother Name:	
Name (Ar)	آمنة محمد،،غصير	Card Number:	090715910	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		(Ar):	جمهورية ايران الإسلامية		
Issue Date:	05/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/07/2021	Date of Birth:	23/03/1969	Sponsor Name:	عبدالرحيم عبدالكريم محمد الصلبي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	85024415
Residency Type:	03	Residency Number:	20120093090603	Residency Expiry:	19/07/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/19/2019