



Date: 6/2/2019  
Patient Name: May Alkiki  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14/12/1962 Gender: M / (E)  
Nationality (الجنسية): Iraqi  
Address (العنوان): Safak  
E-MAIL:   
File Number: 1001576  
اسم المريض:   
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):   
Phone No. (رقم الهاتف): 0547995851  
How did you know about us: Google

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى 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 مبيعت الدم؟	لا
Anemia, Leukemia انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطن الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاطى من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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.

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 المسؤول،
- 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 بإتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تفهيم لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار 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 كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قمتي بالدفص صحيحة و أتفهم أن اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع 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: ٢٠١٩ / ١١ / ٢٠

## 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 الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

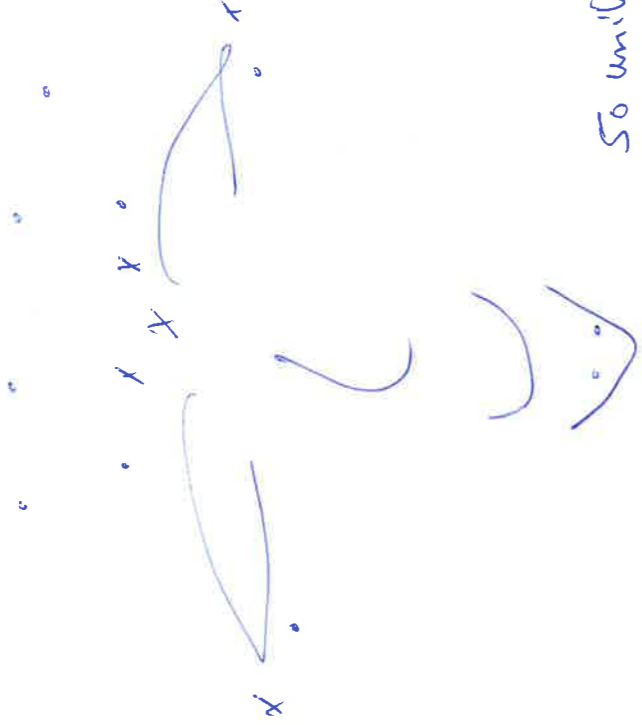
General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

خطة العلاج Treatment Plan



50 units Botox

After ~~care~~ reviewed

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
D50047  
Specialist Dermatology

13/2/19

10ml of  
10 units

Doctor's Signature and Stamp

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mohamad FAYEZ BADAWI'.



REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

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>	May,Sami,Abbas,,Alkirwi	<b>IDN:</b>	784196295873937	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	مي سامي عباس الكروي	<b>Card Number:</b>	089820180	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	IRQ	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	العراق	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Issue Date:</b>	03/07/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Name:</b>	امير عباس امير البياتي
<b>Expiry Date:</b>	30/06/2020	<b>Date of Birth:</b>	14/12/1962	<b>Sponsor Number:</b>	35845207
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Residency Number:</b>	20120183309366
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120183309366	<b>Residency Expiry:</b>	30/06/2020
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

2/6/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,048.95

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002566)

Date:06-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001576 - MAY AL KIRWI - 971547995851

The sum of Dhs. One Thousand Forty-Eight Dirhams and Ninety-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,048.95 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-02-2019

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)