



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٥١٧٤٩

Date: ٢٠ / ٣ / ٢٠١٩

Date: ٢٠ / ٣ / ٢٠١٩

File Number: ١٥٥١٧٤٩

Patient Name: Iman Ahmad Izz Eddin اسم المريض: إيمان أحمد عز الدين

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٠ / ١٠ / ١٩٨٥ Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Syrian (الوظيفة): Occupation

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٤٩٥١٣٨٦٦٢

E-MAIL: How did you know about us:

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No لا / نعم | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ | ➤ | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | ➤ | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | ➤ | |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | ➤ | عملية قسطرة في القلب |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 مميعة للدم؟ | ➤ | |
| Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | ➤ | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، أمراض أخرى | ➤ | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟ | ➤ | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني 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 الغدة الدرقية؟ | ➤ | |
| Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط...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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق وأسبح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
الموافق.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي
بالعلاج الأفضل وخدمة الأمل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص
الأولي والتي 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 لتتأخر العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحجيلة
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 الي مضاعفات
كالالتهاب أو القوم أو النزيف أو الألم أو العصبانية

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

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فحسي للملف صحية و
أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

2013 | 2019

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|--------------------------|----|-----------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (دم فصية): |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (دم ضغط): | / | Blood Sugar (دم سكر): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دواء): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

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 | Iman,Ahmad Adnan,,,Lzz Eddin | IDN: | 784198552847158 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | ايمان احمد عدنان عذر الدين | Card Number: | 079343150 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | SYR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | سوريا | | |
| Issue Date: | 25/07/2016 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 17/07/2019 | Date of Birth: | 01/01/1985 | Sponsor Name: | احمد خالد حمود |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 50514959 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 30120103018392 | Residency Expiry: | 17/07/2019 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |



Photo



Signature Image

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

3/20/2019