



File No: ١٥٥١٨٥١

Date: 2/4/2019

Date: 2/4/2019

File Number: ١٥٥١٨٥١

Patient Name: Sura Hafez Hohamad: اسم المريض: سورا حفاز حوامد

Date Of Birth: 9/1/1988 Gender: M (F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية): طينج Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):

E-MAIL: Phone No. (رقم الهاتف): 0112271425

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	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؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchiitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض 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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: .../.../.....

2019/4/2

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 الفحص الأولي و التي 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتفادي العلاجات و الإجراءات الطبية أو 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 الاجراءات الجراحية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو النزيف أو الالم أو الحساسية

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 قيمته لي نفسي للقلق صحيحة و أتفهم ان أي 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

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

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /
	Blood Type (الدم):
	Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Stuck weight! She wants to
loss weight.

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

NO. (same time once a day)

الأدوية Medications

Multivitamin + (omeg3 + Iron)

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , ايدال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Normal to over weight.

الفحص Examination

DNA.

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Sara,H.M.,Nemer	IDN:	784198549840852	Mother Name:	
Name (Ar)	سرى حاتف محمد طى بنىر	Card Number:	092246591	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	18/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	12/12/2020	Date of Birth:	01/01/1985	Sponsor Name:	اسمىه احمد محمد بنىر
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	10166008
Residency Type:	03	Residency Number:	30120063017773	Residency Expiry:	12/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

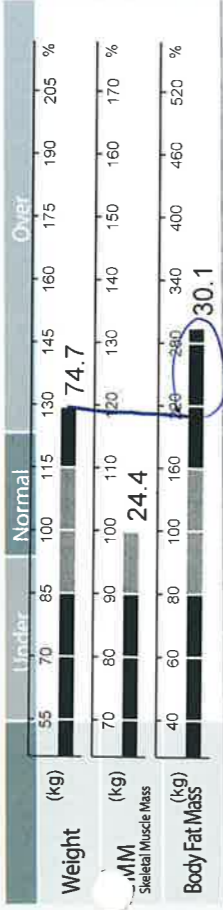
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/2/2019

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	32.7 (29.4~36.0)
For building muscles	Protein (kg)	8.8 (7.9~9.7)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.13 (2.73~3.33)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	30.1 (11.6~18.5)
Sum of the above	Weight (kg)	74.7 (49.1~66.5)

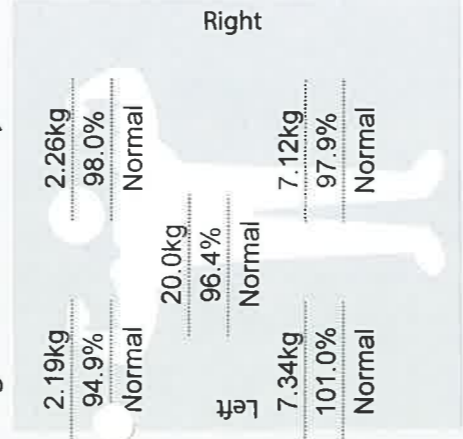
Muscle-Fat Analysis



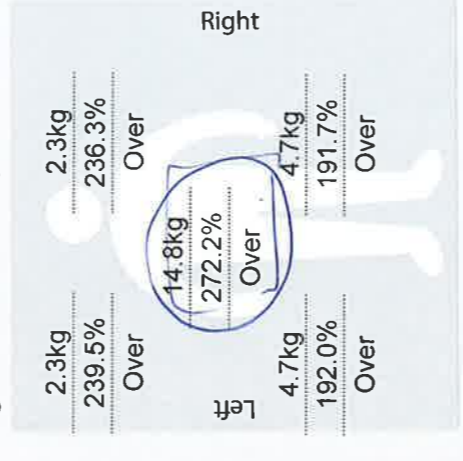
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	74.7
SMM (kg)	24.4
PBF (%)	40.3

InBody Score

63 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 57.9 kg
 Weight Control -16.8 kg
 Fat Control -16.8 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.92 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 14 (Low 10 - High)

Research Parameters

Fat Free Mass 44.6 kg
 Basal Metabolic Rate 1333 kcal (1488~1737)
 Obesity Degree 129 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1736 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	132	Gateball	142
Walking	149	Yoga	149
Badminton	169	Table Tennis	169
Tennis	224	Bicycling	224
Boxing	224	Basketball	224
Mountain Climbing	244	Jumping Rope	261
Aerobics	261	Jogging	261
Soccer	261	Swimming	261
Japanese Fencing	374	Racketball	374
Squash	374	Taekwondo	374

* Based on your current weight
 * Based on 30 min. duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

Z (RA, LA, TR, RL, LL)
 Z (RA) 20 kHz | 379.1 | 392.6 | 28.1 | 266.4 | 248.4
 Z (LL) 100 kHz | 341.5 | 354.1 | 24.3 | 239.8 | 223.9