

File No:

Date: 26/5/19

Date: 26/5/2019 File Number: 1002189

Patient Name: Dr. Galal Hassan Abdelrahman اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/12/1966 Gender (الجنس): (M) / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M

Nationality (الجنسية): Egyptian Occupation (الوظيفة): Commandant Intensive Care

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 050 681 6446

E-MAIL: jehel66@gmail.com How did you know about us: Instagram

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|--|-----------------|--|
| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | ✓ | aspirin 8mg daily |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | | NO |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | | NO |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ | | " |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | | NO |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | | NO |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا | | NO |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى | | NO |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | | NO |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مائع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | | NO |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى | | NO |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ | | NO |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟ | | NO |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟ | | NO |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط | | NO |



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 أقرار 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 باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم 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 قدمته لدى قضي الملف صحيحة و أتفهم ان أي 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 بكمال ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / ٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 83 Kg

Height (الطول): 178 cm

Blood Type (مجموعة الدم): D + ve

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (معدل الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، اذخار للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): 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

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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 | Galal,Hassan,Shalaby,,Abdelnaby | IDN: | 784196696854320 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | جلال حسن شالبي, عبد النبي | Card Number: | 091044366 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | EGY | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | مصر | | |
| Issue Date: | 30/09/2018 | Sex: | M | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 25/09/2021 | Date of Birth: | 17/12/1966 | Sponsor Name: | وزارة الصحة مستشفى الشارقة |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 30120187068629 | Residency Expiry: | 25/09/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 2221 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

5/26/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003807)

Date:27-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002189 - GALAL HASAN - 971506816446

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **27-05-2019**

Being

Made by **Hiba**

- 1..Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1002189 - GALAL HASAN - 971506816446

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