



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No.: 1002201

Date: 27/5/2019

Date: 27/5/2019

File Number: 1002201

Patient Name: Husam Aldoush
اسم المريض: حسام الدوش

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/5/1981
Marital Status (الحالة الاجتماعية): M / F
متزوج

Nationality (الجنسية):
الوظيفة: مدير مالي

Address (العنوان):
عنوان: 0502842345

E-MAIL: Hossam.Dubai@yahoo.com
How did you know about us: اشتعرا

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



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 و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضائية 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 تعمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحليلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحي الملف الصحية. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2019 / 5 / 27

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

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 (تعاظي 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

.....

United Arab Emirates
دولة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card
بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية / رقم الهوية / 784-1981-4132182-2

الإسم: حسام احمد مصطفى الدوش
Name: Husam Ahmad Mustafa Aldoush

الجنسية: الأردن
Nationality: Jordan

