

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 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 التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 لي قد بقي للملف صحية و أتفهم ان أي 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 بأكمل ارادتي

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

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



التاريخ: 12/6/2011

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	181 cm	Blood Type (مصلحة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مغصط الدم):	X	Blood Sugar (سكر الدم):	X

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي:	Allergy:	
Allergies الحساسية:	Spicy food, Heat - Burn.	
Medications الأدوية:	Curative.	
Pregnancy الحمل:		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة, ادخال المستشفى:		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): X / N	Drugs (العقاقير): X / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

weight gain.

Examination

BCA.

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

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	Mohamad,Mhd Hisham,,Almdawar	IDN:	784198880505395	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد محمد هشام,,المدور	Card Number:	093324521	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	26/02/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	23/02/2022	Date of Birth:	30/01/1988	Sponsor Name:	دائرة الأشغال حكومه القارقه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120197013380	Residency Expiry:	23/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	2149	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

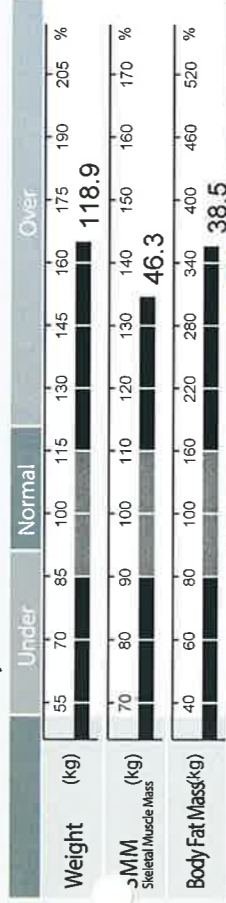
6/1/2019

ID 010619-1 | Height 181cm | Age 31 | Gender Male | Test Date & Time 01.06.2019, 12:45

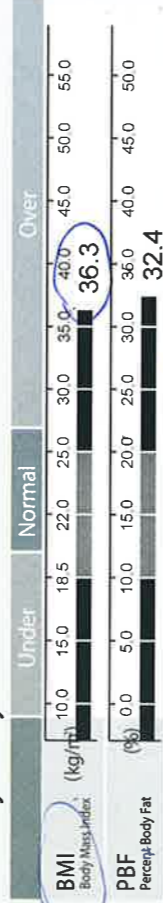
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	58.9 (40.5~49.5)
For building muscles	Protein (kg)	15.9 (10.9~13.3)
For strengthening bones	Minerals (kg)	5.56 (3.75~4.59)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	38.5 (8.7~17.3)
Sum of the above	Weight (kg)	118.9 (61.3~82.9)

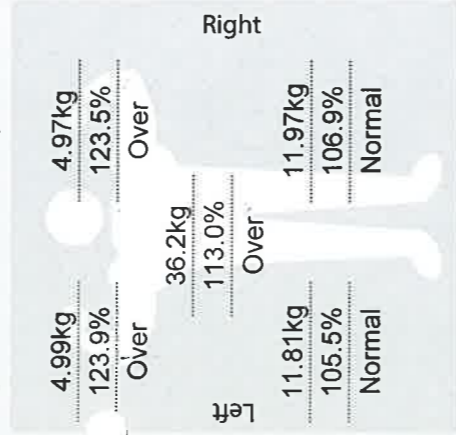
Muscle-Fat Analysis



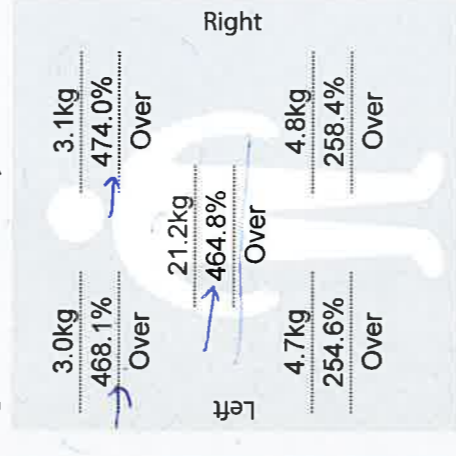
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	118.9
SMM (kg)	46.3
PBF (%)	32.4

InBody Score

75 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 94.6 kg
 Weight Control -24.3 kg
 Fat Control -24.3 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.06

Visceral Fat Level

Level 17 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 80.4 kg
 Basal Metabolic Rate → 2107 kcal (2335~2771)
 Obesity Degree 165 % (90~110)
 Recommended calorie intake 3050 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	209	Gateball	226
Walking	238	Yoga	238
Badminton	269	Table Tennis	269
Tennis	357	Bicycling	357
Boxing	357	Basketball	357
Mountain Climbing	388	Jumping Rope	416
Aerobics	416	Jogging	416
Soccer	416	Swimming	416
Japanese Fencing	595	Racketball	595
Squash	595	Taekwondo	595

*Based on your current weight
 *Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

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



Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz 249.1 248.9 19.8 208.8 211.6
 100 kHz 218.9 217.8 16.8 181.4 183.9