



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002343

Date: / /

Date: ... / ... / ..... File Number: 1002343  
Patient Name: ..... اسم المريض  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 29/08/89 Gender (الجنس) M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 544443  
E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

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

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى 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 التشخيصية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقصورات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحية و أتفهم ان اي 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ١٩ / ٠٦ / ٢٠١٩

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

|                              |                               |                      |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Weight (الوزن): <b>٨٢</b> Kg | Height (الطول): <b>١٨٢</b> cm | Blood Type (دم) : /  |
| Pulse (النبض): / ppm         | Blood Pressure (دم) : / /     | Blood Sugar (دم) : / |

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

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            | Ahmed Mohamed, Obaid Saeed, Churab | IDN:              | 784198048283737          | Mother Name:      |           |
| Name (Ar)       | أحمد محمد سعيد، عبدالله            | Card Number:      | 067048211                | Mother Name (Ar): |           |
| Title:          |                                    | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة | Family ID:        | 301006065 |
| Issue Date:     | 28/01/2014                         | Sex:              | M                        | Sponsor Type:     |           |
| Expiry Date:    | 28/01/2024                         | Date of Birth:    | 29/08/1980               | Sponsor Name:     |           |
| Marital Status: | 01                                 | Husband IDN:      |                          | Sponsor Number:   |           |
| Residency Type: |                                    | Residency Number: |                          | Residency Expiry: |           |
| ID Type:        | ID                                 | Occupation:       | 98                       | Occupation Field: | 00        |



Photo



Signature Image

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

6/18/2019