



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 7/7/19

Date: 7/7/2019

File Number: 10024772

Patient Name: B.K.I.A. H.A.I.F.

اسم المريض:

Date Of Birth: 06/10/1980 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) MARRIED

Nationality (الجنسية): M.S.C.A.I.N..

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shafiqah... Alkhan... Bant... Alkhan

Phone No. (رقم الهاتف): 0507

E-MAIL: B.K.I.A.H.A.I.F.123@gmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No لا / نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثاً؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	No	
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	No	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	No	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيلات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	No	
أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	No	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	No	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	No	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	No	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	No	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	No	
هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes		
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV... etc	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 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات 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 بالأدنى 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 فتحني الملف صحيحة، 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 الإقرار 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: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائير): 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

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Rkia,,,Haif	IDN:	784198035095359	Mother Name:	
Name (Ar)	رقية,,،,حيف	Card Number:	093723825	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	21/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	17/03/2022	Date of Birth:	05/10/1980	Sponsor Name:	احمد جعفر حسن على الزرعوني
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	387634
Residency Type:	03	Residency Number:	30120163018367	Residency Expiry:	17/03/2022
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/7/2019

استمارة الموافقة على التلقيح

اسم العيادة:

عنوان العيادة:

اسم المريض:

تاريخ الميلاد:/...../..... إذا كان أقل من 24 شهر، هل قاموا بإخذ جرعات التطعيم [نعم] [لا]

عنوان المريض:

الدولة:

رقم الجوال: البريد الإلكتروني:

رقم التعقيم

رمز المنتج

أصرح بموجبيه بأن يتم عمل ثقب لي/لطفلي/أحفدي

، ولقد قرأت وفهمت المعلومات التالية المهمة جداً المتعلقة بالحد من أو

تقليل المشاكل بعد ثقب الجسم والرعاية أثناء وبعد ثقب الجسد. وبموجب توقيعني أدناه فإنني أقر بما يلي:

- أنا/هو/هي ليس تحت رعاية طبيب/أطباء عن أي حالة طبية أو خللها تمنع إجراء ثقب الجسد.
- أنا/هو/هي لا أعاني/تعاني من أي من أمراض السكري أو الصرع أو نقص المناعة المكتسبة/اللايز أو الهيموفيليا أو الدوخة أو أي من أمراض القلب، كذلك لا أقع تحت تأثير وصفة دوائية أو دواء منتظم مثل أدوية سيولة الدم.
- أنا لست تحت تأثير المخدرات أو الكحول ولست حاملاً.
- تم إبلاغي عن عملية التلقيح وتم منحي نسخة من إرشادات الرعاية بعد التلقيح وقد قرأتها وفهمتها. أدرك أن إرشادات الرعاية بعد التلقيح تختلف استناداً على ما إذا كان التلقيح في فص الأذن أو غضروف الأذن أو الأنف أو البطن أو السرة. لقد إطلعت على الاختلافات.
- أدرك احتمال حدوث عدوى بسبب سوء النظافة الصحية أو حساسية المعادن أو لأي أسباب أخرى، ولكن العدوى الأكثر شيوعاً ترجع إلى الفشل في اتباع إرشادات العناية الموصى بها بعد التلقيح.
- أ فهم وأدرك أن ثقب الأذن في غضروف الأذن قد ينطوي على خطر أكبر في الإحمرار والتورم والعدوى بسبب طبيعة منطقة ثقب الأذن وأوافق على هذا الخطر بكامل إدراكي.
- أدرك أنه بسبب طبيعة التلقيح وتعرض المناطق التي تم ثقبها حديثاً لبيانات محددة مثل السباحة والمشاركة في الفعاليات الرياضية فقد يزيد احتمال حدوث عدوى.
- التزم بالتقيد بإرشادات العناية الموصى بها بعد التلقيح.
- في حالة ثقب البطن/السرة أدرك أن بنرتي/جسمي قد يرفض المعن الخارجي مما قد يتسبب في انغلاق الثقب.
- أبلغ من العمر أكثر من _____ سنة أو في حال الموافقة نيابة عن قاصر لم يبلغ سن القاهل أقر بأنني والد أو ولي الأمر القانوني لذلك القاصر وأدرك أن توقيع القاصر يعتبر من أعمال التزوير.

بموجب التوقيع على استمارة الموافقة على تلقيح الجسم، أقر بموجبيه أنني أدرك إجراءات العناية بعد التلقيح وخطر العدوى. وبما أنني أدرك المخاطر فأناي أوافق على أن يتم تلقيحي/تلقبي/ابنتي/ابنتي _____ إلى المدى المسموح به بموجب القانون، وأتحمل طوعاً وعياً كافة المسؤولية

تقوم بتلقيحي/تلقبي/ابنتي/ابنتي _____ من قبل مهني طبي في هذه العيادة وأوافق تجاه العيادة بأن

عن أي إصابة أو فقدان من أي نوع قد ترتبط بإجراءات التلقيح. وإذا كنت أوق بصفتي والد أو ولي أمر قانوني نيابة عن قاصر فسوف أتحمل المسؤولية وأقوم بتعويض العيادة وموظفيها والشركة المصنعة والموردين والموزعين وكذلك أدرك أن إبلائي بأي إفادة كاذبة يشكل تزويراً.

توقيع المريض/الوالد/ولي الأمر القانوني (إذا كان المريض تحت السن القانونية، فيجب التوقيع ههنا بواسطة الوالد أو ولي الأمر القانوني):

التاريخ: _____

المهني الطبي:

التوقيع:

نسخة العيادة



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004373)

Date: 11-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002472 - RKIA HAIF - 971507252573

The sum of Dhhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-07-2019

Being NOSE PIERCING + Pro-Facial treatment + VAT

Made by Rana

- 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 : 1002472 - RKIA HAIF - 971507252573

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

www.omc1.ae