



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002701

Date: / /

Date: 18/8/2019	File Number: 1002701
Patient Name: ...	اسم المريض: ...
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 6/9/1991	Marital Status (الحالة الاجتماعية): ...
Nationality (الجنسية): ...	Occupation (الوظيفة): ...
Address (العنوان): A.J. ...	Phone No. (رقم الهاتف): 0536733008
E-MAIL: ...	How did you know about us: Facebook

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

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 نتائج 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليرقان أو الالام 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 قمته لدي فحسي للمفك صحفية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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: ١٤/٠٥/٢٠٢٠

١٤٣

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسيات:	
Medications: الأدوية:	
Pregnancy: الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، إدخال المستشفى:	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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	Samira,,Boutaleb	IDN:	784199602979066	Mother Name:	
Name (Ar)	سميرة بوتالاب	Card Number:	095693865	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	23/07/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	21/07/2021	Date of Birth:	06/09/1996	Sponsor Name:	صالحون زهور النسيج
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	40120192042886	Residency Expiry:	21/07/2021
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/18/2019



مركز أوركيبيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004781)

Date:18-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002701 - SAMIRA BOUTALEB - 971586733008

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

By Cash **1,260.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-08-2019

Being **CARBON PEELING PACKAGE 3 SESSIONS 700) + YELLOW MASK 500) + VAT**

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 : 1002701 - SAMIRA BOUTALEB - 971586733008

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