



File No: .....

Date: 10/9/19

Date: ... / ... / ..... File Number: 1002854...  
Patient Name: Alaa ElSayed اسم المريض: .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11/1/66 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): Egypt (الوظيفة): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 0544488364  
Address (العنوان): ..... How did you know about us: .....

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



### 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فحسي الملف صحية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسية Allergies	N/A
الأدوية Medications	
الحمل Pregnancy	
عمليات سابقة، دخول المستشفى Previous Surgeries, Hospitalization	New
التدخين Smoking: Y / N	التدخين العقائتي Drugs: Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

10.9.2019

Consultation for Missing # 19

D.M. patient

patient Referred for O.P.G.  
patient Referred for Dr. Amira For S.K.P. to start Dental treatment

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	Alaa,Elsayed,Abdou,,Bakir	IDN:	784196654798089	Mother Name:	
Name (Ar)	علاء السيد عبد الباقير	Card Number:	086197826	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	07/11/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	05/11/2020	Date of Birth:	01/11/1966	Sponsor Name:	دائرة الشؤون الإسلامية
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120027045827	Residency Expiry:	05/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

9/10/2019



GOVERNMENT OF SHARJAH

حكومة الشارقة

WAFER CARD PROGRAM

بطاقة برنامج وافر

علاء السيد عبد بكر

Alaa Elsayed Abdou Bakir

دائرة الشؤون الإسلامية

Sharjah Islamic Affairs

W.ID: 44

ID: 167/735

شعارات وافر حكومة الشارقة

SHARJAH GOVT. EMPLOYEES DISCOUNTS

وافر  
Waffer



Alaa Elsayed Abdou Salih  
 Government of Sharjah  
 Department of Islamic Affairs



ID : 711-19-H080429-00	YOS : 1965	Staff ID :
Validity : 01/01/19	to 31/12/2019	Plan : B
NW : Limited Incl. Al Zahra Hosp.-Shj Room : Private Maternity: No   Dental : Yes 30% Copay   Optical : No GP - Ded : PC: 20% max. AED 30 OP : 20% on all services including medicine IP : 20% at Al Zahra Hosp. - Shj (AZHS)		







الهيئة العامة للتأمين

شركة البحيرة

Al-Buhaira National Insurance Co.

Toll Free Number For

الرقم المجاني الخاص

Government of Sharjah Employees

800 22642 (AENIC)

Fax: 06-5696636 | Email: [customerservice@albhaira.com](mailto:customerservice@albhaira.com)

This card remains the property of Al-Buhaira National Insurance Co. It is not transferrable and should be returned if the membership ceases. The validity of the card is subject to continuity of membership.

أمانة التأمين  
A comprehensive solution providing complete protection.

[www.albhaira.com](http://www.albhaira.com)