

URGENT

Date / /

Patient Information

<input checked="" type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Name: Dr. Amr Helwan Last menstrual period: / /	Nationality: Egypt Mobile number:
Date of birth: 14 / 2 / 1980	Payment: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Corporate	

Investigation required

MRI
 Computed Tomography
 Digital X-ray
 Ultrasound
 4D Ultrasound
 Colour Doppler
 Echocardiography
 Mammography
 Mammography + US
 DEXA-Bone Density
 OPG Report
 CEPH Tracing
 Cone Beam CT
 EEG EMG NCS

Exam details

Remarks & clinical data

For working hours & location maps please turn over

Referring doctor Information

Name: Muhammad Odeh	Clinic / hospital
Tel:	Signature: Dr. Muhammed Odeh
Fax:	G.P. General Practitioner MOH License No.: 077750 Original claim form with doctor Supporting documents e.g. current & previous medical reports

Sharjah Buhairah: Crystal Plaza Building - Buhairah Corniche
 Sharjah Taawun: Egyptian Trade Center - Sharjah Expo - Taawun
 Ras Al Khaimah: Emirates NBD Building - Muntasar St - Nakheel

600 588887
 care@irc.ae
 WWW.IIRC.AE



File No: 1002860

Date: 10/9/2019

Date: 10/9/2019 File Number: 1002860
Patient Name: Amr Helmy Mohamed Hamed اسم المريض
Date Of Birth: 14/4/1988 Gender: M / F (الحالة الاجتماعية): Married / Married
Nationality: Egyptian (الوظيفة): Doctor
Address: Al-Khar Gharibh Street ادسلا
E-MAIL: How did you know about us: Facebook

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثاً؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مخدرات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم) لوكميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions H:SV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب...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: ١٠/٩/٢٠١٩,

Amr Helwa

Amr Helwa

التاريخ: ١٠/٩/٢٠١٩,

نموذج القرار الطبي

- أوافق و أسمع للطبيب بمعالجة 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 القسم الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة أو 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 المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي للملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار 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):

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسية: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة، استشفاء المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	
التدخين (التدخين): Smoking	☑ / ☐
الكحول (الكحول): Alcohol	☑ / ☐
أدوية العقاقير: Drugs	☑ / ☐

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

10.9.2019

Consultation for Broken # 4, 5

teeth are Restorable and patient Informed

patient Referred for O.P.G.

patient Referred to Dr. Amira (in case he Decides to Go for Restoration)

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	Amr,Helmy,Mohamed,,Hamad	IDN:	784198028576241	Mother Name:	
Name (Ar)	عمرو حلمي محمد, محمد, حماد	Card Number:	086182232	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	06/11/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	04/11/2020	Date of Birth:	14/02/1980	Sponsor Name:	وزارة الصحة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120177057666	Residency Expiry:	04/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	2221	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/10/2019