



File No: 1002881

Date: / /

Date: ... / ... / ..... File Number: 1002881  
Patient Name: Saad Almhairi  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ..... Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):  
Address (العنوان):  
E-MAIL: sk.r.zh@national.com Phone No. (رقم الهاتف): 0523959996  
How did you know about us: .....

اسم المريض: Saad Almhairi

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0523959996

How did you know about us: .....

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

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجيلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب او التورم او النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالأحد 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 فتحي الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                            |    |                          |  |
|-----------------|-----|----------------------------|----|--------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (مصلحة الدم): |  |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (مغظ الدم): | /  | Blood Sugar (سكر الدم):  |  |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي 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               | Saeed,Khalifa,Rashed<br>Abdullah,Almazrooei,Almheiri | IDN:                 | 784196518768070                    | Mother Name:                    |           |
| Name<br>(Ar)       | سعيد خليفة راشد<br>عبدالله المزروعى المهيورى         | Card<br>Number:      | 071808749                          | Mother Name (Ar):<br>Family ID: | 602002412 |
| Title:             |  | Nationality<br>(Ar): | ARE<br>الإمارات العربية<br>المتحدة |                                 |           |
| Title(Ar):         |  | Sex:                 | M                                  | Sponsor Type:                   |           |
| Issue<br>Date:     | 09/02/2015   | Date of<br>Birth:    | 04/11/1965                         | Sponsor Name:                   |           |
| Expiry<br>Date:    | 09/02/2020   | Husband<br>IDN:      |                                    | Sponsor Number:                 |           |
| Marital<br>Status: | 02   | Residency<br>Number: |                                    | Residency Expiry:               |           |
| Residency<br>Type: |  | Occupation:          | 4190                               | Occupation Field:               | 00        |
| ID Type:           | ID   |                      |                                    |                                 |           |



Photo

Signature Image

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

9/14/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005089)

Date:14-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002881 - SAEED ALMHEIRI - 971503959996

The sum of Dhs. Five Thousand Two Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,250.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-09-2019

Being 12 threads face + 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 :1002881 - SAEED ALMHEIRI - 971503959996

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