



File No: .....

Date: 17/9/2019

Date: 17/9/2019 File Number: 1002897  
Patient Name: Mahal Khalifa اسم المريض: محال خليفة  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13/1/1977 Gender: (M) F marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج  
Nationality (الجنسية): (الوظيفة): مهندسة  
Address (العنوان): السليمانية  
E-MAIL: mahalkhalifa@gmail.com Phone No. (رقم الهاتف): 77100000  
How did you know about us: لمستو

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول اي اوية او تلقي اي علاجات حديثا؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول اي مخدرات او مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك اي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتناول اي مميحات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لويميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض يولية او تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتناولن اي دواء لمنع الحمل؟ هل تتناولن من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معدية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من اي امراض اخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، 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 of 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 أسمع للطبيب بملاح حائقي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أفهم 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم 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 الى مضاعفات كالالتهاب أو القرح أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم 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 قدمت لي فتحتي للملف صحية و أفهم ان اي معلومات تتعلق بحائقي 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 (دمية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

### سبب زيارة المريض للمعيادة Chief Complaint

weight 10kars  
anadgur

Disease History (التاريخ المرضي):	_____
Allergies (الحساسيات):	_____
Medications (الأدوية):	Spralix 10g Asthmer
Pregnancy (العمل):	_____
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، إيداع للمستشفى):	_____ (tummy tuck) 5 years ago.
Smoking (التدخين):	Y / N
Alcohol (الكحول):	Y / N
Drugs (تداعيات التداعيات):	Y / N

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Normal Pation.

### الفحص Examination

### الصور الشعاعية Radiography



### التشخيص Diagnosis







United Arab Emirates  
Driving License  
رقصة القيادة  
254760  
MOHAMED KHALIFA Y. ALSUBOUSI  
EMIRATES  
29-03-1979  
27-02-2000  
11-08-2022  
SHARJAH



رقصة القيادة  
الاسم  
الجنسية  
تاريخ الميلاد  
تاريخ الترخيص  
تاريخ الانتهاء  
جهة الترخيص

MOHAMED KHALIFA Y. ALSUBOUSI  
EMIRATES  
29-03-1979  
27-02-2000  
11-08-2022  
SHARJAH

رقصة القيادة  
254760

MOHAMED KHALIFA Y. ALSUBOUSI  
EMIRATES  
29-03-1979  
27-02-2000  
11-08-2022  
SHARJAH