



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: ... / ... /
Patient Name: Muhammad Alqaydi File Number: 1002946
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/01/1984 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
Nationality (الجنسية): S.A.S. Occupation (الوظيفة): طبيب
Address (العنوان): Alqaydi Phone No. (رقم الهاتف): 0507007000
E-MAIL: Mufwan-469@hotmail.com How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة المرضية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 مميّعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (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 تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 diseases هل تعاطيت من التشنج أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions HIV, MCV... etc هل تعاطيت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيليط... 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: ١٩ / ١٢ / ٢٠١٩

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بملاحج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالملاحج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال الملاحج أمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المصالح باتخاذ كل الإجراءات الطبية و الملاحجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتفادي الملاحجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات الملاحجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة الملاحجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من الملاحج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتمسي للملف الصحية و أفهم أن أي مطويات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإطلاع 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 لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

CAEAI0EBAA83ODQxO'

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Marwan,Kharnis,Abdulla,Amer,Alqaydi	IDN:	784198913902544	Mother Name:	Fatima Alnassia
Name (Ar)	مروان خرنيس، عبدالله، عمر، القادي	Card Number:	090563429	Mother Name (Ar):	فاطمة النساء شيخ شميم
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	627000595
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	27/08/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	27/08/2028	Date of Birth:	30/03/1989	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	5162	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/25/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005197)

Date:25-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002946 - MARWAN ALQAYDI - 971501002600

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **262.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-09-2019

Being **Pro-Facial treatment + VAT (WITH BEENA)**

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 : 1002946 - MARWAN ALQAYDI - 971501002600

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