



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 15/11/19

Date: ... / ... / File Number: 1003317

Patient Name: Reem Abdel Razek اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 6/10/2019 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 055 4700 831

E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية 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؟		
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لويميا		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء ، أي أمراض كبدية أخرى		
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإنز، فيروس الحلا البسيط etc		



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
الموكل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي
بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم 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 الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات
العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات
كالالتهاب أو التورم أو النزف 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 لي فتحي لملف صحيحة 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط 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 (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



اسم العيادة: _____ المدينة: _____ الدولة: _____
عنوان العيادة: _____
اسم المريض: عبد البرازق
تاريخ الميلاد: 11/6/1971 (تأكد أقل من 24 شهر، هل قاموا بإخذ جرعات التطعيم [نعم] [لا])
عنوان المريض: _____

رقم الجوال: _____ البريد الإلكتروني: _____

رقم التتبيب

رمز المنتج

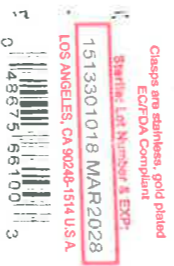
أصرح بموجبيه بأن يتم عمل تثقب لي/انظلي/الخطبي عبد البرازق ولقد قرأت وفهمت المعلومات التالية المهمة جداً المتعلقة بالحد من أو تقليل المشاكل بعد تثقب الجسم والرغوة أثناء وبعد تثقب الجسم. ويوجب توقيعى أداة فائتي أقر بما يلي:

- أنا/هو/هي ليس تحت رعاية طبيب/أطباء عن أي حالة طبية أو خلالها تمنع إجراء تثقيب الجسم.
- أنا/هو/هي لا اعاني/تعاني من أي من أمراض السكري أو الصرع أو نقص المناعة المكتسبة/اللايز أو الهيموفيليا أو الدوخة أو أي من أمراض القلب، كذلك لا أقع تحت تأثير وصفة توائية أو دواء منتظم مثل أدوية سيولة الدم.
- أنا لمست تحت تأثير المخدرات أو الكحول ولست حاملاً.
- تم إبلاغي عن عملية التثقيب وتم منحني نسخة من إرشادات الرعاية بعد التثقيب وقد قرأتها وفهمتها. أدرك أن إرشادات الرعاية بعد التثقيب تختلف استناداً على ما إذا كان التثقيب في فص الأذن أو غضروف الأذن أو الأنف أو البطن أو السرة. لقد إطلعت على الاختلافات.
- أدرك احتمال حدوث عدوى بسبب سوء النظافة الصحية أو حساسية المعدن أو لأي أسباب أخرى.
- ولكن العدوى الأكثر شيوعاً ترجع إلى الفشل في اتباع إرشادات العناية الموصى بها بعد التثقيب.
- أفهم وأدرك أن تثقب الأذن قد يتسوي على خطر أكبر في الإحمرار والتورم والعدوى بسبب طبيعة منطقة تثقيب الأذن وأوافق على هذا الخطر بكامل إدراكي.
- أدرك انه بسبب طبيعة التثقيب وتعرض المناطق التي تم تثقيبها حديثاً لبكتيات محددة مثل السباحة والمشاركة في الفعاليات الرياضية فقد يزيد احتمال حدوث عدوى.
- التزم بالتثقيب بإرشادات العناية الموصى بها بعد التثقيب.
- في حالة تثقب البطن/السرة أدرك أن بشرتي/جسمي قد يرفض المعدن الخارجي مما قد يتسبب في انغلاق الثقب.
- أبلغ من العمر أكثر من _____ سنة أو في حال الموافقة نيابة عن قاصر لم يبلغ سن التأهل أقر بأنني والد أو ولي الأمر القانوني لذلك القاصر وأدرك أن توقيع القاصر يعتبر من أعمال التزوير.

بموجب التوقيع على استمارة الموافقة على تثقيب الجسم، أقر بموجبيه أنني أدرك إجراءات العناية بعد التثقيب وخطر العدوى. وبما أنني أدرك المخاطر فائتي أوافق على أن يتم تثقيب/تثقيب ابنتي/تثقيب ابنتي عبد البرازق من قبل مهني طبي في هذه العيادة وأوافق تجاه العيادة بأن تقوم بتثقيب/تثقيب ابنتي/ابنتي عبد البرازق إلى المدى المسموح به بموجب القانون، وأتحمل طواعية كافة المسؤولية عن أي إصابة أو فقدان من أي نوع قد ترتبط بإجراءات التثقيب. وأنا أؤكد أرفع بصفتي والد أو ولي أمر قانوني نيابة عن قاصر فسوف أتحمل المسؤولية وأقوم بتعويض العيادة وموظفيها والشركة المصنعة والموردين والموزعين وكذلك أدرك أن ادلائي بأي أداة كاذبة بشكل تزويراً.

القانوني (إذا كان المريض تحت السن القانونية، فيجب التوقيع ههنا بواسطة الوالد أو ولي الأمر القانوني):

محمد دودو الوالد



SYSTEM 75
EAR PIERCING EARRINGS
7532-0100
Sterling
Cubic Zirconia
Tiff Zimm
Standless

نسخة العيادة



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005982)

Date:15-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003317 - REEM ABDEL RAZZAQ - 971554700831**

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-11-2019

Being **EAR PIERCING + 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 : **1003317 - REEM ABDEL RAZZAQ - 971554700831**

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