



File No:

Date: 23/11/19

Date: ... / ... /

File Number: 1003374

Patient Name: Nashwa Mahmood

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 502567370

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corristeroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...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 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 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لناتج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 فتمحي للملف الصحية و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا الأقرار 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	Blood Type (نمى الدم):
Pulse (النمى):	ppm	Blood Sugar (نمى الدم):
Height (المرل):	cm	
Blood Pressure (نمى الدم):	/	

سبب زبارة المرىض للعبارة Chief Complaint

التارىخ المرضى: Disease History

الحساسىة Allergies

الأدوىة Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عملىات سابغة ، اىخال للمستشفى

Smoking (التدخن) : Y / N

Alcohol (نمى الكمرل) : Y / N

Drugs (نمى العقاقىر) : Y / N

الملاحظات العامة و السربرىة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعىة Radiography

التشفىص Diagnosis

File No:

Date: / /

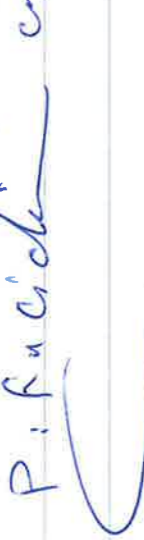

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

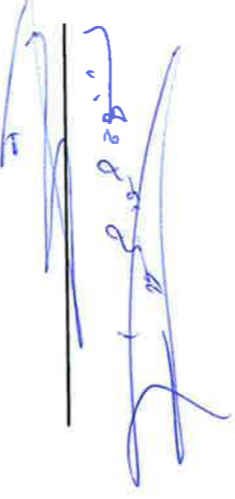
DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
23/11/2019	Nevus on nose			
	cauterly N=1		150	
	P:Funcidic			
				
				

ورقة الموافقة على العلاج بجهاز التخثير الكهربائي

- أؤكد بأنه تم شرح كيفية إجراء العلاج وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه، لقد تم إبلاغي تحديدا بما يلي:
- سوف يحدث بعد هذا الإجراء من ردود الفعل الشائع حدوثها مثل فقر الدم او العدوى او ردود فعل نتيجة التخثير و تشكل ندبات سمكة او رقيقة و تلون الجلد او ضمور بالجلد و من الممكن نكس الآفات.
- في حال حدوث أي نوع من أنواع العدوى الجلدية قد تكون هناك حاجة الى علاجات اضافية او مضادات حيوية توصف من قبل الطبيب المختص.
- أتفهم أن الرعاية الطبية تطلب التعاون و لذلك سوف اتابع جميع تعليمات الطبيب بخصوص الفترة التي تلي الاجراء.
- و اتفهم أيضا انه لا يوجد ضمان لنتيجة أي علاج و أنه يجب علي دفع رسوم أي علاجات لاحقه لهذا الإجراء.
- كما إنني أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

اسم المريض: _____
مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

التوقيع:



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File
 Non-Modifiable Data (SF3) False
 Modifiable Data (SF5) False
 Holder Signature Image (SF7) False
 Photography False
 Home Address False
 Work Address False

Valid Signature?**Card Holder Information**

Name	Nashwa Mahmoud, Mahmoud Ibrahim, Tabl	IDN:	784197497637393	Mother Name:	
Name (Ar)	نشوة محمود محمود ابراهيم، تابل	Card Number:	092797016	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	25/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	20/01/2021	Date of Birth:	20/06/1974	Sponsor Name:	باسم محمود حسن مطر
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0170939081
Residency Type:	03	Residency Number:	20120163966382	Residency Expiry:	20/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/23/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006108)

Date:23-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003374 - NASHWA 00. - 971502567370

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 23-11-2019

Being **NEVUS ON NOSE CAUTERY + 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 : 1003374 - NASHWA 00. - 971502567370

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