



File No: .....

Date: / /

Date: 26/11/2019  
Patient Name: Abdullah  
Date Of Birth: 5/5/1986 Gender (الجنس) M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة): طبيب  
Address (العنوان): Dubai, Al. Mub. 3 Phone No. (رقم الهاتف): 054 444 8062  
E-MAIL: abdulhadi@hotmail.com

File Number: 1053393

اسم المريض: عبدالله محمد  
أ.ع.م.ب.ع.

(الحالة الاجتماعية): عاجز

M / F

Gender (الجنس)

Marital Status (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة): طبيب

Address (العنوان): Dubai, Al. Mub. 3 Phone No. (رقم الهاتف): 054 444 8062

E-MAIL: abdulhadi@hotmail.com How did you know about us: .....

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
	الحالة الطبية Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	أكزيميا
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	لا	
	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا	
	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا	
	Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الإيدز، 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 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضائية قد تكون ضرورية من أجل تزديتي 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 يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج 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 أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليريق أو الالام 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 فتحي للملف الصحية و أتفهم ان أي 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): 170 cm
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم الضغط): /
	Blood Type (دم فصيلة):
	Blood Sugar (دم سكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain. (looking to lose weight)

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

yes skin allergies...

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ايجال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Drugs (مخاطبي العقاقير): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

↑ high Fasting blood sugar

الفحص Examination

BCA -

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File****Valid Signature?**

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

False  
 False  
 False  
 False  
 False  
 False

**Card Holder Information**

Name	Abdulla,Hassan,Ali,Juma,Al Bloushi	IDN:	784199874760285	Mother Name:	Fatima Essa Mohamed Ahli
Name (Ar)	عبدالله حسن علي جمة البوشي	Card Number:	076756553	Mother Name (Ar):	فاطمة عيسى محمد اهل
Title		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	202008861
Title (Ar):		Nationality	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	31/01/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	31/01/2021	Date of Birth:	05/05/1998	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/26/2019

# InBody

Abdullah Zero

[InBody270]

ID 261119-1 | Height 170cm | Age 21 | Gender Male | Test Date / Time 26.11.2019 13:58

## Body Composition Analysis

Total amount of water in my body	<b>Total Body Water</b> (L)	43.1 ( 35.7 ~ 43.7 )
What I need to build muscles	<b>Protein</b> (kg)	11.8 ( 9.5 ~ 11.7 )
What I need for strong bones	<b>Mineral</b> (kg)	4.01 ( 3.30 ~ 4.04 )
Where my excess energy is stored	<b>Body Fat Mass</b> (kg)	45.9 ( 7.6 ~ 15.3 )
Sum of the above	<b>Weight</b> (kg)	104.8 ( 54.1 ~ 73.1 )

**InBody Score**

**49/100** Points

\* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

### Weight Control

Target Weight 69.3 kg  
 Weight Control -35.5 kg  
 Fat Control -35.5 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

### Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

### Waist-Hip Ratio

1.10 | 0.80 0.90

### Visceral Fat Level

Level 20 | Low 10 High

### Research Parameters

Fat Free Mass 58.9 kg  
 Basal Metabolic Rate 1642 kcal ( 2102 ~ 2487 )  
 Obesity Degree 165 % ( 90 ~ 110 )  
 Recommended calorie intake 2831 kcal

### Calorie Expenditure of Exercise

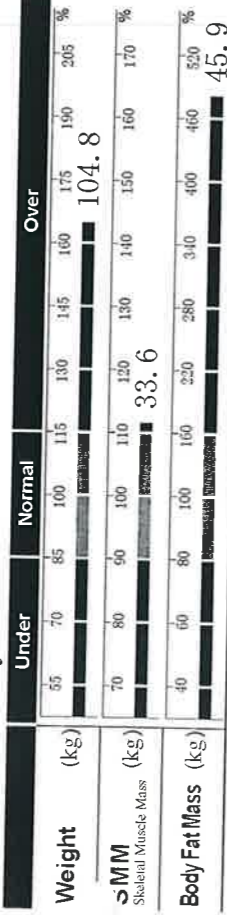
Golf	184	Gateball	199
Walking	210	Yoga	210
Badminton	237	Table Tennis	237
Tennis	314	Bicycling	314
Boxing	314	Basketball	314
Mountain Climbing	342	Jumping Rope	367
Aerobics	367	Jogging	367
Soccer	367	Swimming	367
Japanese Fencing	524	Racketball	524
Squash	524	Taekwondo	524

\* Based on your current weight  
 \* Based on 30 minute duration

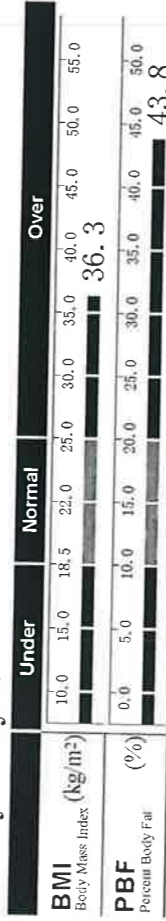
### Impedance

Z(α) 20 kHz | 302.6 300.2 26.6 255.2 252.8  
 100 kHz | 264.5 265.3 23.5 219.0 216.4  
 RA LA TR RL LL

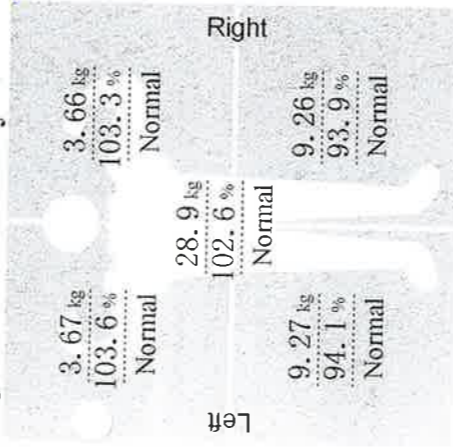
## Muscle-Fat Analysis



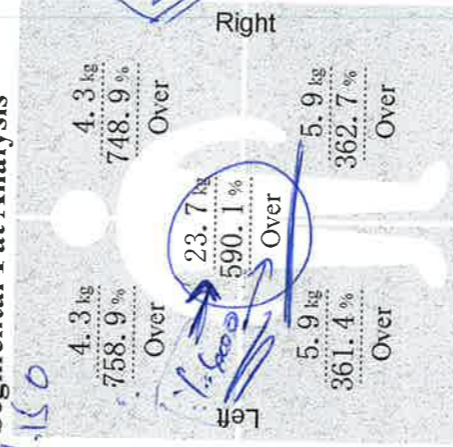
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



\* Segmental fat is estimated.

## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	104.8								
<b>SMM</b> (kg)	33.6								
<b>PBF</b> (%)	43.8								
<input checked="" type="checkbox"/> Recent <input type="checkbox"/> Total	26.11.19								
	13:58								





*Abdullah*

**BODY COMPOSITION ANALYSIS تحليل بنية الجسم**

**CM LOSS**

**MEASUREMENTS CHART القياسات**

	Date _____ التاريخ _____	Date _____ التاريخ _____	Date _____ التاريخ _____	Date _____ التاريخ _____	Date _____ التاريخ _____	Date _____ التاريخ _____	Date _____ التاريخ _____	السنتمترات المقصودة	Date _____ التاريخ _____					
	Time _____ الزمن _____ State: Pre Men/Men/Post Men	Time _____ الزمن _____ State: Pre Men/Men/Post Men	Time _____ الزمن _____ State: Pre Men/Men/Post Men	Time _____ الزمن _____ State: Pre Men/Men/Post Men	Time _____ الزمن _____ State: Pre Men/Men/Post Men	Time _____ الزمن _____ State: Pre Men/Men/Post Men	Time _____ الزمن _____ State: Pre Men/Men/Post Men		Neck العنق					
BMR (Kcal/day) (ب.م أو سعرة حرارية/يوم)	1642							Chest 4" below arm pit الصدر 4 إنشات تحت الإبط						
Fat % الدهون %	43.8							Tummy Region of maximum girth while lying down البدن الأمامي حيث له عند الاستلقاء						
Fat Wt (kg) وزن الدهون (كجم)	45.9							Waist 1" above the iliac crest الخصر 1 إنش فوق العظام الحرقفية						
Lean % الوزن من غير الدهون (%)								Hip Most prominent widest part of hip الأرداف أقصى حيث أوسعها						
Lean Wt (kg) الوزن من غير الدهون (كجم)	58.9							Thighs 9" above the outermost edge of bent knee الفخذان 9 إنشات فوق الركبة المثنية	Right الأيمن					
Water (kg) الماء (كجم)	43.1							Arms Mid pt. between upper bony prominence at shoulder & elbow اليدين نقطة الوسط بين أعلى الكتف والرقبة	Right الأيمن					
TGT Wt (kg) الوزن المرغوب (كجم)	54.1-73.1							Total cm loss مجموع السنتمترات المقصودة	Left الأيسر					
Target Fat % الدهون المستهدفة %	24.1							Average cm loss معدل السنتمترات المقصودة						
BMI ب.م أي	36.3													
WHR دهنو أثنس أو	1.10													

F.S 49