



File No:

Date: 29/12/19

Date: ... / ... /
Patient Name: Mohammed Dhifaallah
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23/3/88 Gender (الجنس): M / F File Number: 1003680
Nationality (الجنسية): الأردنية Occupation (الوظيفة): مهندس
Address (العنوان): الكانة - بئر عمار Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج
Phone No. (رقم الهاتف): 05 55073614 Patient's Signature: [Signature]

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 سترويدات 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 الدم؟		
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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، 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 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: 20/01/2019

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 يكتشف 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 اي ضمانات او تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجيلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف 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 لدي فتحتي الملف صحية، و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: 20/01/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): Kg	Blood Type (نصية الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Sugar (سكر الدم):
Height (الطول): 174 cm	
Blood Pressure (ضغط الدم): /	

سبب زيارة المريض للعيادة
weight - gain Fast.

Disease History التاريخ المرضي: No.	Alcohol (الكحول): X / N	Drugs (العقاقير): Y / N
Allergies الحساسية: No.		
Medications الأدوية: No.		
Pregnancy الحمل: —		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى: —		
Smoking (التدخين): Y / N		

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

BGA →

الصور الشعاعية Radiography

—

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية /
784-1988-2517283-0



الإسم: مهدي صيف الله عبد الكريم

Name: Mohamad Dhifallah Abdel Karim

Aishuraict

Nationality: Jordan

الجنسية: الأردن

InBody

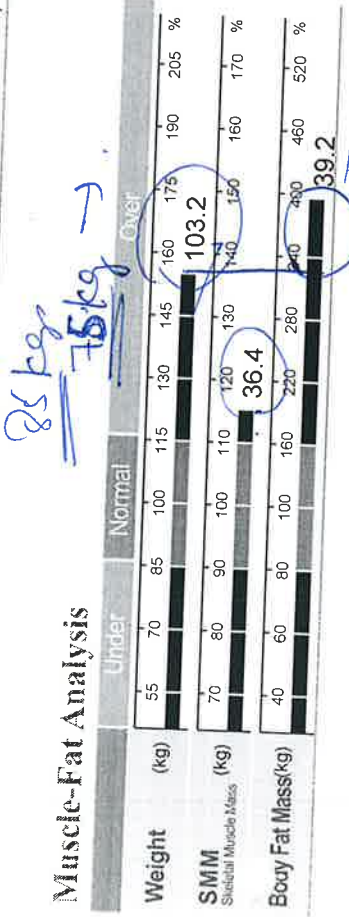
(Mohamed)

ID 291219-2 | Height 174cm | Age 31 | Gender Male | Test Date / Time 29.12.2019. 18:51

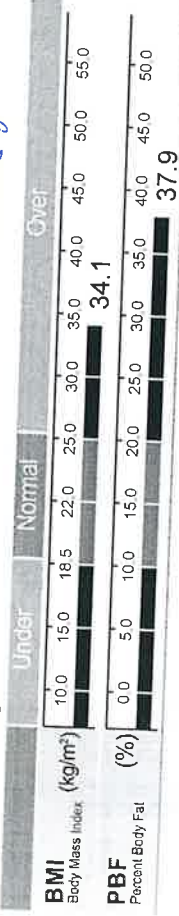
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	46.8 (37.4~45.8)
For building muscles	Protein (kg)	12.7 (10.1~12.3)
For strengthening bones	Minerals (kg)	4.46 (3.46~4.23)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	39.2 (8.0~16.0)
Sum of the above	Weight (kg)	103.2 (56.6~76.6)

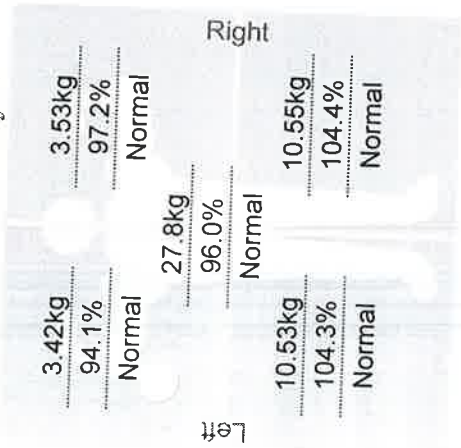
Muscle-Fat Analysis



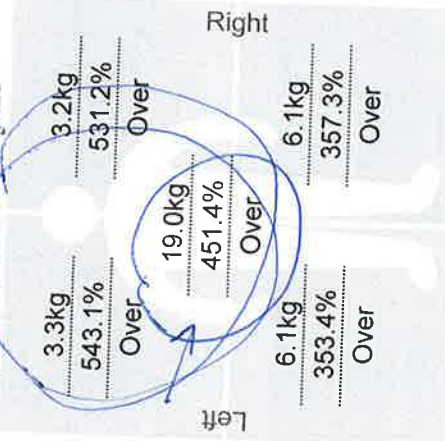
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	103.2
SMM (kg)	36.4
PBF (%)	37.9

InBody Score

60 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 75.3 kg
 Weight Control - 27.9 kg
 Fat Control - 27.9 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.94

Visceral Fat Level

Level 16

Research Parameters

Fat Free Mass 64.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1753 kcal (2075~2454)
 Obesity Degree 155 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2731 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	182	Gateball	196
Walking	206	Yoga	206
Badminton	233	Table Tennis	233
Tennis	310	Bicycling	310
Boxing	310	Basketball	310
Mountain Climbing	336	Jumping Rope	361
Aerobics	361	Jogging	361
Soccer	361	Swimming	361
Japanese Fencing	516	Racketball	516
Squash	516	Taekwondo	516

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

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz 312.7 324.6 23.6 209.9 207.3
 100 kHz 274.4 286.8 19.9 182.9 181.4