



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /
Patient Name: Shafaa Shaaban
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1. / 1. / 96 Gender (الجنس): M F
Nationality (الجنسية): Egypt
Address (العنوان): Al.Khaleej news paper
E-MAIL: shafaa.shaaban@gmail.com
Occupation (الوظيفة):
Phone No. (رقم الهاتف): 0102713884
How did you know about us: www.orchid.com

File Number: 1003704

إسم المريض:

Marital Status:(الحالة الاجتماعية):



F

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف):

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الطبعة 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؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكميا	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط	No	

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: 4 / 1 / 2020

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتنشيفية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي
بالمعالج الأمثل وخدمة الافضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في النص
الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و المعالجات اللازمة و المطلوبة بحكم
خبرته المهنية و العلمية.
- أقر انه لم يتم تقديم أي ضمانات او تعمين لتتعلق بالمعالجات و الإجراءات الطبية أو التنشيفية
العددية لي. كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات
العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التنشيفية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات
كالالتهاب أو القرح أو النزيف أو الالام أو الالتهابات
المرضية.
- أفهم 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 ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي فخصي للملك شخصية و
أفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني 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: / /

Vital Signs

البيانات الحيوية

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): cm Blood Type (دم):
Pulse (النبض): ppm Blood Pressure (دم): / Blood Sugar (دم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، أفعال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography التصوير الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

United Arab Emirates
دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية مقيم
Resident Identity Card

رقم الهوية / ID Number
784-1996-5270354-9

الإسم: شفاء عبدالفتاح شعبان
Name: Shifaa Abdul Fattah Shaaban

الجنسية: الجمهورية العربية السورية
Nationality: Syrian Arab Republic





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 220.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006868)

Date:04-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003704 - shifaa shaban - 971507971384

The sum of Dhs. Two Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 220.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-01-2020

Being she did tsh + t4 + feratin

Made by Reem

- 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 : 1003704 - shifaa shaban - 971507971384

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