



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 1003706

Patient Name: Mohamed Mustafa محمد مصطفى اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/9/2007 Gender (الجنس): M / F Marital Status(الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): ... Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): ... Phone No. (رقم الهاتف): 5089874444

E-MAIL: m.s.t.a.f.a.7586@gmail.com 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؟	+	
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 للدم؟	+	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لويميا (نقر الدم)	+	
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 انت 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 HIV ...etc فيروس الإيدز، فيروس الحاد البسيط	+	



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 و التشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أقر 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 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 ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 للملف صحيحة. 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 20.20 / 4. / 14

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصية الدم):	
Pulse (النفس):	ppm	Blood Pressure (مفط 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 ، اذخال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكول): 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

.....





United Arab Emirates
Resident Identity Card

دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية
784-2007-4327948-9

الإسم: محمد مصطفى ياسين
Name: Mohamad Mostafa Yassen

الجنسية: الجمهورية العربية السورية
Nationality: Syrian Arab Republic





Mohamad Mostafa Yassan
 Government Of Sharjah
 Sharjah Municipality



ID: 770-20-1009696-22 | JOB: 3307 | Staff ID: 10723
 Validity: 01/01/20 to 31/12/20 | Plan: B



NW Standard Room - Private
 Maternity: No | Dental: Yes 3% Copay | Optical: No
 GP: Ded: PC: 20% max AED 30
 IP: 20% at Welcome & Emirates (also (GP not covered))

نموذج مطالبة المصاريف الطبية MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM

To be completed by Medical Attendant in full

يتم تعبئة هذا الطلب من قبل الطبيب المعالج بالكامل

إسم المريض:	Mohamed Mostafa Yasser
تاريخ الميلاد:	2007
رقم بطاقة التأمين:	770-20-H000699-p2
إسم حامل الوثيقة:	
رقم الهاتف المتحرك:	050-8987444
رقم الملف الطبي:	1003706
الجنسية:	Syrian

نوع الزيارة	الزيارة الأولى <input type="checkbox"/>	متابعة <input type="checkbox"/>	تتبع <input type="checkbox"/>
سبب الزيارة:	إصابة عمل <input type="checkbox"/>	مرض جسدي <input type="checkbox"/>	حادث <input type="checkbox"/>
الأعراض:	حمل وولادة <input type="checkbox"/>	حالات أخرى <input type="checkbox"/>	
السبب:			
المدّة:			
هل عانى المريض سابقاً من هذه الحالة المرضية؟ إذا "نعم"، الفترة التي عانى فيها:	Yes <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
هل عانى المريض سابقاً من مرض أو إصابة تسببت في هذه الحالة المرضية؟ إذا نعم، أشرح الحالة:	Yes <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
الفترة الزمنية للحالة:			
التشخيص:			
مرض مزمن: (Chronic):			
التصنيف الدولي للمرض:			
العلاج:	دواء <input type="checkbox"/>	حقنة <input type="checkbox"/>	إجراء طبي <input type="checkbox"/>
	أخرى <input type="checkbox"/>		

يرجى تحديد الإجراء الطبي

Investigations required الإجراء المطلوب	CPT Code التصنيف	Investigations النوع	CPT Code التصنيف
1			4
2			5
3			6

Indications:

I certify that I have satisfied myself by personal examination that all the foregoing statements are accurate and correct

أشيد بناءً على فحصي الشخصي للمريض أن البيانات أعلاه صحيحة و دقيقة

Signature & stamp: (التوقيع) _____ Qualifications (المؤهلات) : _____ Date (التاريخ) 1-1-2020

DECLARATION : I hereby consent to and authorize the attending physician to provide AL- BUHAIRA NATIONAL

INSURANCE COMPANY with complete information , including copies of my records with reference to any sickness

or accident, any treatment, examinati , advice or hospitalization . Any photocopy of this authorization shall be taken as

original copy .

تصريح: أنا الموقع أدناه أحول الجهة الطبية تزويد شركة البحيرة الوطنية للتأمين بكافة المعلومات الطبية أو أي تقارير طبية بخصوص أي مرض أو حادث

أو علاجات أو فحوصات أو استشارات أو استشفاء. أي نسخة عن هذا التفويض تعتبر نسخة أصلية.

Patient's signature:

Date of visit: