



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: 11/1/2020

Date: ... / ... /
Patient Name: Shaza Riyadh File Number: 1003710
اسم المريض: شاذة رياض
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 9/9/1986 Gender: M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): مصرية Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): المنيا - قرية القمامة Phone No. (رقم الهاتف): 05.2.641.3.29.8
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 دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 رومايتم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...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 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات 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 الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب 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 الملف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرياً 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):	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/
		Blood Type (نوعية 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 , الدخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): 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

.....



Shaza Riad Mohstha
Government Of Sharjah
Sharjah Municipality



ID: 775-20-H000699-01 YOB: 1988 Staff ID: 10703
Plan: B

Validity: 01/01/20 to 31/12/20 Room: Private

NW: Standard

Maternity: Yes | Dental: Yes 30% Copay | Optical: No

OP - Ded: PC: 20% max. AED 30

OP - 20% on all services including medicine

IP - 20% at Welcare & Emirates Hosp (OP not covered)



United Arab Emirates
Resident Identity Card

دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية مقيم

رقم الهوية / ID Number
784-1986-8152065-0

الإسم: شذا رياض محشية
Name: Shaza Riad Mohshia

الجنسية: الجمهورية العربية السورية
Nationality: Syrian Arab Republic





Shaza Riad Monshia
 Government Of Sharjah
 Sharjah Municipality



ID : 774-09-H09639-01 YOB : 1986 Staff ID : 10733
 Validity : 01/01/20 - to 31/12/20 Plan : 8
 VIN : Standard Room : Private
 Maturity : Yes | Dental : Yes 30% | Copay : Optical : No
 OP - Ded : PC : 20% max AED 30
 OP - 20% on all services including medicine
 IP : 20% at Welfare & Emirate Hosp (OP not covered)



To be completed by Medical Attendant in full

يتم تعبئة هذا الطلب من قبل الطبيب المعالج بالكامل

إسم المريض: _____

تاريخ الميلاد: _____

رقم بطاقة التأمين: _____

إسم حامل الوثيقة: _____

رقم الهاتف المتحرك: _____

رقم الملف الطبي: _____

الجنسية: _____

Type of visit: <input checked="" type="checkbox"/> First visit <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> متابعة <input type="checkbox"/> متابعة		نوع الزيارة <input type="checkbox"/> الزيارة الأولى <input type="checkbox"/> متابعة <input type="checkbox"/> متابعة	
1	Cause of visit: <input type="checkbox"/> Work related Injury <input type="checkbox"/> Physical <input type="checkbox"/> Maternity <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Dental <input checked="" type="checkbox"/> Others	سبب الزيارة: <input type="checkbox"/> إصابة عمل <input type="checkbox"/> مرض جسدي <input type="checkbox"/> حمل وولادة <input type="checkbox"/> أسنان <input type="checkbox"/> حالات أخرى	حدث <input type="checkbox"/>
2	Symptoms: _____	الأعراض: _____	
	Origin and cause _____	السبب: _____	
	Duration: _____	المدة: _____	
3	Has the patient previously suffered from the above trouble? If yes, Period involved: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل عانى المريض سابقاً من هذه الحالة المرضية؟ إذا "نعم"، الفترة التي عانى فيها: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
4	Has the claimant previously suffered from any other accident or illness which affects the present disablement? If yes, please state: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل عانى المريض سابقاً من مرض أو إصابة تسببت في هذه الحالة المرضية؟ إذا نعم، اشرح الحالة: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
	Period involved: _____	الفترة الزمنية للحالة: _____	
5	Diagnosis: <u>Acne vulgaris</u>	التشخيص: _____	
	ICD Code: _____	مرض مزمن: (Chronic) _____	
6	Treatment provided: <input checked="" type="checkbox"/> Medicine <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Procedures <input type="checkbox"/> Others	التصنيف الدولي للمرض: _____	العلاج: <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> إجراء طبي <input type="checkbox"/> أخرى

If any of the following is required, please specify type of test and indication

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

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

Signature & stamp: (التوقيع)

Qualifications (المؤهلات)

Date (التاريخ)

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, examination, advice or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be taken as original copy.

أنا الموقع أدناه أحول الجهة الطبية تزويد شركة البحيرة الوطنية للمعلومات الطبية بكافة المعلومات للتأمين للتأمين أو حادث أو علاج أو فحوصات أو استشارات أو استشفاء. أي نسخة عن هذا التفويض تعتبر نسخة أصلية.

توقيع المريض: _____

تاريخ الزيارة: _____