



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 1003792

Patient Name: Abeer Turki Al-Saidy

اسم المريض: عبيدة تركي السعيد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17 / 11 / 1989 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Saudi

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0509179843

E-MAIL: Abeer.turki@gmail.com

How did you know about us: 1. بواسطة

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 حديثاً؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت 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	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions HIV...etc هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط etc	X	



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 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 لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 قدمت لي فتحي للعالم صحفية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 بأكمل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط 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 ، ابحال 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

.....

المملكة العربية السعودية
وزارة الداخلية

بطاقة الهوية الوطنية
نسخة ١

عبيد بنت تركي بن محمد السديري

الرقم ١٠٦٤٥١١٢٨٨
تاريخ الانتهاء ١٤٤١/١١/٢٧ هـ
جهة الإصدار الرياض
مكان الميلاد الرياض
تاريخ الميلاد ١٤١٠/٠٤/١٧ هـ

رقم الخط ١٣١٧٨
جهة الخط الرياض 2
تاريخه ١٤٢١/١١/٢٧ هـ

1064511288



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:	
تاريخ الميلاد:	
رقم بطاقة التأمين:	
إسم حامل الوثيقة:	
رقم الهاتف المتحرك:	
رقم الملف الطبي:	
الجنسية:	

Type of visit: First visit Follow up متابعة متابعة

1 Cause of visit: Work related Injury Physical Maternity Accident Dental Others حمل وولادة إصابة عمل مرض جسدي حالات أخرى أسنان أحداث

2 Symptoms: حساسية من الضوء + طفح

Origin and cause: حساسية من الضوء

Duration: من 1 شهر

3 Has the patient previously suffered from the above trouble? If yes, Period involved: Yes No لا

4 Has the claimant previously suffered from any other accident or illness which affects the present disablement? If yes, please state: Yes No لا

Period involved: _____

5 Diagnosis: Allergic contact Dermatitis

ICD Code: L23.9

Treatment provided: Medicine Injection Procedures Others دواء حقنة إجراء طبي 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 <u>med Ca</u>			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) وسام Date: 15/1/2020

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

original copy .

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

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

Patient's signature: [Signature]

Date of visit: 15-1-2020

توقيع المريض

تاريخ الزيارة

Alaudairy Absor Turki M VVIP

Nova Park Hotel

ID: 110-20-1010014-01 YOB: 1989 Staff ID:

Validity: 01/01/20 to 31/12/20 Plan: VP

NW: Comprehensive Room: Private

Maternity: No | Dental: Yes | Optical: Yes

Deductible: Nil Coinsurance: Nil

NO PRE APPROVAL REQUIRED FOR TREATMENT

