



File No:

Date: / /

Date: 18/1/2020

File Number: 1003818

Patient Name: Maysad Sathim

اسم المريض: ميساد ساطم

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/9/68 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): لا (حسب) Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0507982133

Address (العنوان):

How did you know about us: M. U.

E-MAIL:

ط. م. ع.

| التاريخ الطبي | Medical History | Yes/No نعم/لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|---|--|------------------|---|
| الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td> | Medical Condition | | |
| هل تعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟ | Recent or current drugs/Medical Treatment | نعم | |
| هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | Cortisteroids/Immunosuppressant | نعم | |
| هل لديك أي حساسية؟ | Allergies | نعم | |
| هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | Surgical Operations, Serious Illness | نعم | |
| جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شفاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease | نعم | |
| هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟ | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants | نعم | |
| انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | Anemia, Leukemia | نعم | |
| أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other | نعم | |
| هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الكلى في أمراض بولية أو تناسلية؟ | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease | نعم | |
| هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems | نعم | |
| التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases | نعم | |
| قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other | نعم | |
| هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Epilepsy, or any other neurological disease | نعم | |
| هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | Thyroid Diseases, Diabetes | نعم | |
| هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc | Other conditions HSV, HIV...etc | نعم | |



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 of 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 لتنتائج العلاجات 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 إلى 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمضي الملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (دمية 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 ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (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

.....

ورقة الموافقة على العلاج بجهاز التخثير الكهربائي

- أؤكد بأنه تم شرح كيفية إجراء العلاج وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه، لقد تم إبلاغي تحديدا بما يلي:
- سوف يحدث بعد هذا الإجراء من ردود الفعل الشائع حدوثها مثل فقر الدم او العدوى او ردود فعل نتيجة التخثير و تشكل ندبات سميقة او رقيقة و تلون الجلد او ضمور بالجلد و من الممكن نكس الآفات.
- في حال حدوث أي نوع من أنواع العدوى الجلدية قد تكون هناك حاجة الى علاجات اضافية او مضادات حيوية توصف من قبل الطبيب المختص.
- أتفهم أن الرعاية الطبية تطلب التعاون و لذلك سوف اتابع جميع تعليمات الطبيب بخصوص الفترة التي تلي الاجراء.
- و اتفهم أيضا انه لا يوجد ضمان لنتيجة أي علاج و أنه يجب علي دفع رسوم أي علاجات لاحقه لهذا الإجراء.
- كما إنني أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

اسم المريض:

محمد ميمع

التوقيع:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Card Holder Information

| | | | | | |
|-----------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------|
| Name | Muyad,Salim,M,Oraikat | IDN: | 784196813797584 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | مؤيد سليم محمد عرايقات | Card Number: | 097823127 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | JOR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الأردن | | |
| Issue Date: | 16/12/2019 | Sex: | M | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 05/12/2022 | Date of Birth: | 04/04/1968 | Sponsor Name: | جدارك دبي |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 20120107188631 | Residency Expiry: | 05/12/2022 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 96 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

1/18/2020

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Card Holder Information

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------|
| Name | Muyad,Salim,M,Oraikat | IDN: | 784196813797584 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | مؤيد سليم محمد در عريكات | Card Number: | 097823127 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | JOR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الأردن | | |
| Issue Date: | 16/12/2019 | Sex: | M | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 05/12/2022 | Date of Birth: | 04/04/1968 | Sponsor Name: | جمالك نبوي |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 20120107188631 | Residency Expiry: | 05/12/2022 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 96 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

1/18/2020



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007121)

Date:18-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003818** - moaed orekat - 971507982133

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,575.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-01-2020

Being **CAUTERY + VAT**

Made by **Rana**

- 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 : **1003818** - moaed orekat - 971507982133

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