

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 2020 / 10 / 26

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 أمورا 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 التشخيصية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم شاما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالإنتهاب 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 الإنتهاب من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمتي للملف صحية، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 للإسترداد

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 . ادخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

التصوير الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO7

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Hessa,Abdulsamad,Moosa,Fairooz,Al Loothah	IDN:	784199521529174	Mother Name:	NASIMA
Name (Ar)	حصبة عبدالصمد موسى فairooz آل لوثاه	Card Number:	090119875	Mother Name (Ar):	نسيمة
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202009163
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	22/07/2018	Date of Birth:	26/11/1995	Sponsor Name:	
Expiry Date:	22/07/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	09	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

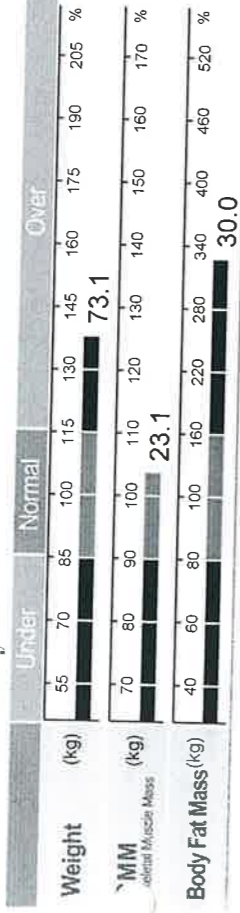
1/26/2020

ID 200126-1 Height 157cm Age 24 Gender Female Test Date / Time 26.01.2020. 17:48

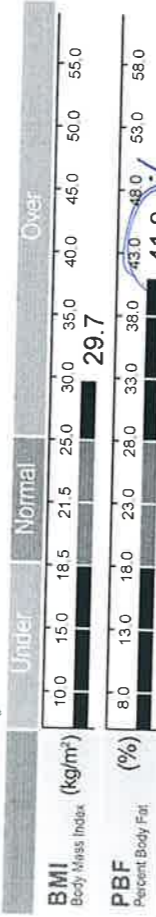
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	31.6	(27.0~33.0)
For building muscles	Protein	(kg)	8.3	(7.2~8.8)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.22	(2.49~3.05)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	30.0	(10.6~17.0)
Sum of the above	Weight	(kg)	73.1	(45.0~61.0)

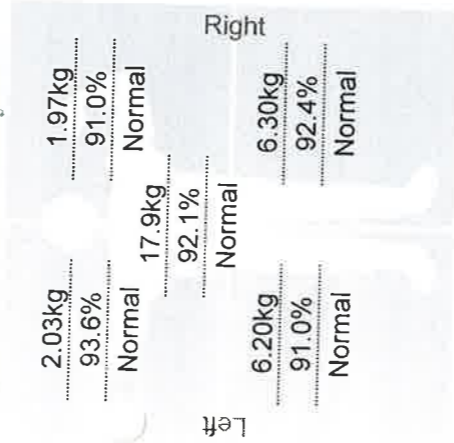
Muscle-Fat Analysis



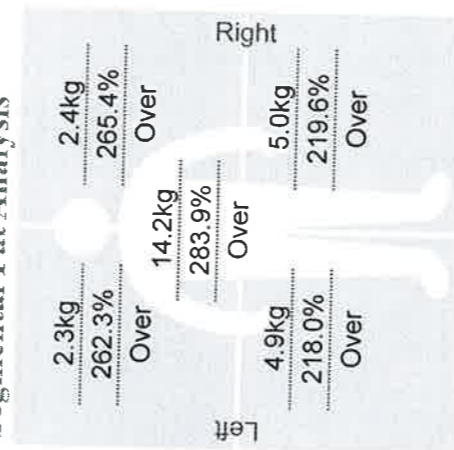
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	73.1
SMM (kg)	23.1
PBF (%)	41.0

InBody Score

65 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight	56.0 kg
Weight Control	-17.1 kg
Fat Control	-17.1 kg
Muscle Control	0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.85

Visceral Fat Level

Level 14

Research Parameters

Fat Free Mass 43.1 kg
 Basal Metabolic Rate 1302 kcal
 Obesity Degree 138 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1731 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	129	Gateball	139
Walking	146	Yoga	146
Badminton	165	Table Tennis	165
Tennis	219	Bicycling	219
Boxing	219	Basketball	219
Hiking	238	Jumping Rope	256
Aerobics	256	Jogging	256
Soccer	256	Swimming	256
Japanese Fencing	366	Racketball	366
Squash	366	Taekwondo	366

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Impedance

Z(Ω) 20 kHz 386.0 375.0 18.9 220.9 224.3
 100 kHz 355.8 345.0 16.5 204.7 208.1