



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date 29/1/2020

Date: ... / ... / .....

File Number: 1003911

Patient Name: Asmaa Abdalla Ahmed

اسم المريض: 1003911

Date Of Birth: 16/8/2009 Gender: M / (F)

Marital Status: (الجماعية): Student

Nationality: UAE Occupation: Student

Phone No. (رقم الهاتف): 0504709009

Address: Sharjah

How did you know about us: web

E-MAIL: o

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

### 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 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و امرن ان 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحي الملف صحيفه، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها بدون 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 أرائتي

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

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



التاريخ: 29... / 1... / 20...

استمارة تقييم المريض / Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (مفط الدم): /
	Blood Type (مفبلة الدم):
	Blood Sugar (مكر الدم):

سبب زيارة المريض للعبادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، أخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (معاظي): 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


.....



Asma Abdulla Almazmi  
Government Of Sharjah  
Department Of Awqaf-Sharjah



ID: 769-20-H00074-02 | YOB: 2009 | Staff ID: 192  
Validity: 01/07/20 to 31/12/20 | Plan: Unified  
NW: Comprehensive Incl. AHD | Room: Private  
Maternity: No | Dental: Yes 30% Copay | Optical: No  
OP: Dcd: PC: 10% max. AED 30  
OP: 10% on all services including medicine  
OP: 20% at Zahra Hosp SHJ + DXB & Zahra MC  
IP & Op: 20% at Welcare, City Hosp. & American HD



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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**

<b>Name</b>	Asma, Abdalla, Ahmed, Ibrahim, Almazmi	<b>IDN:</b>	784200952531620	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	اسماء عبد الله احمد ابراهيم المازمي	<b>Card Number:</b>	080427477	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	ARE	<b>Family ID:</b>	301018292
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality</b>	الإمارات العربية المتحدة		
<b>Issue Date:</b>	13/10/2016	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	13/10/2021	<b>Date of Birth:</b>	16/08/2009	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Residency Type:</b>		<b>Residency Number:</b>	98	<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	00	<b>Occupation Field:</b>	



Photo

Signature Image

No signature / إمضاء / بدون

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

1/29/2020

To be completed by Medical Attendant in full يتم تعبئة هذا الطلب من قبل الطبيب المعالج بالكامل

Patient name: Asma Abdala Al Mazini اسم المريض:  
Date of birth: 2009 تاريخ الميلاد:  
Insurance ID No.: 789-20-10007402 رقم بطاقة التأمين:  
Policyholder: \_\_\_\_\_ إسم حامل الوثيقة:  
Patient's mobile number: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف المتحرك:  
Patient's file No.: 1053911 رقم الملف الطبي:  
Nationality: U.A.E الجنسية:

Type of visit:  First visit  Follow up  متابعة  متابعة  
Cause of visit:  Work related Injury  Physical  Maternity  Accident  Dental  Others  
1  حمل وولادة  مرض جسدي  إصابة عمل  حالات أخرى  أسنان  حدثت  حدثت  
2 Symptoms: \_\_\_\_\_ الأعراض:  
Origin and cause \_\_\_\_\_ السبب:  
Duration: \_\_\_\_\_ المدة:  
3 هل عانى المريض سابقاً من هذه الحالة المرضية؟  
above trouble? If yes, Yes  نعم  No  لا  
Period involved: \_\_\_\_\_ إذا نعم  
4 هل عانى المريض سابقاً من مرض أو إصابة تسببت في هذه الحالة المرضية؟ إذا نعم، أشرح الحالة: Yes  نعم  No  لا  
Period involved: \_\_\_\_\_  
5 Diagnosis: Plantar Warts التشخيص:  
ICD Code: ICD + 9-CM 078 مرض مزمن: (Chronic) \_\_\_\_\_  
6 Treatment provided:  Medicine  Injection  Procedures  Others  دواء  حقنة  إجراء طبي  أخرى  علاج:

If any of the following is required, please specify type of test and indication يرجى تحديد الإجراء الطبي

Investigations required الإجراء المطلوب	CPT Code التصنيف	Investigations النوع	CPT Code التصنيف
1 <u>Medic N</u>	4	<u>Virus</u>	
2	5		
3	6		

Indications: تفريغ فيروس من المريض الأسباب

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) د. نوره بنت محمد Qualifications (المؤهلات): Dr. Noura bin Mohamed 29/1/2020

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 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 استفتاء. أي نسخة عن هذا التفويض تعتبر نسخة أصلية.

Patient's signature: صالح

Date of visit: 29.1.2020