



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 2.12.1.2020

File Number: 1053946

Patient Name: Dina Kayed

اسم المريض: دينا كعيد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25/16/1980 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Jordanian

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 0588902299

E-MAIL: dinakayed80@gmail.com

How did you know about us: Instagram

المرض	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Cardiac surgery, Rheumatic valve disease, or other heart conditions	لا	
High Blood Pressure, or other blood pressure conditions	لا	
Anemia, Leukemia	لا	
Chest disease, Asthma, Emphysema, Chronic bronchitis, TB, Other	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes	نعم	Thyroxin الزائدة الدرقية
Other conditions HIV ... etc	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: 2/2/2020

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 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 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدته لي فحسي السلف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 70 Kg

Height (الطول): 168 cm

Blood Type (دمية الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دمية الضغط): /

Blood Sugar (دمية السكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

NA

الأدوية Medications

None

الحمل Pregnancy

—

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، إيدال 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

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO

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	Dina,Mohd,Khier,Rasheed,Kayed	IDN:	784198092703838	Mother Name:	
Name (Ar)	دينا محمد خير رشيد كعاد	Card Number:	090033594	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	16/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	03/07/2020	Date of Birth:	25/06/1980	Sponsor Name:	ضرار احمد عبدالقاسم عبدالله
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	27633472
Residency Type:	03	Residency Number:	20120143137390	Residency Expiry:	03/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

دينا كعاد

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

2/2/2020