



### 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: 2017.02.25

### 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 الامثل و الخدمة الافضل.
- 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 الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحس 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 لدي فتحي الملف صحية. و اتفهم ان 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استشارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs |                        |                         |
|------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Weight (الوزن): Kg           | Height (الطول): cm     | Blood Type (دم):        |
| Pulse (النبض): ppm           | Blood Pressure (دم): / | 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 ، اإخال 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

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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            | Marwa,Fouad,,,Kwikah | IDN:              | 784198579391644           | Mother Name:      |                         |
| Name (Ar)       | مروى فؤاد,,,كويكة    | Card Number:      | 083426817                 | Mother Name (Ar): |                         |
| Title:          |                      | Nationality:      | SYR                       | Family ID:        |                         |
| Title (Ar):     |                      | Nationality (Ar): | الجمهورية العربية السورية |                   |                         |
| Issue Date:     | 16/05/2017           | Sex:              | F                         | Sponsor Type:     | 02                      |
| Expiry Date:    | 06/05/2020           | Date of Birth:    | 25/09/1985                | Sponsor Name:     | محمد عبدالمعطي عدل مراد |
| Marital Status: | 01                   | Husband IDN:      |                           | Sponsor Number:   | 09338536                |
| Residency Type: | 03                   | Residency Number: | 30120173005043            | Residency Expiry: | 06/05/2020              |
| ID Type:        | IL                   | Occupation:       | 99                        | Occupation Field: | 00                      |



Photo

Signature Image

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

2/3/2020



**United Gulf Equipment Rentals L.L.C**

Card No : D319-231E-4E94-7EDD

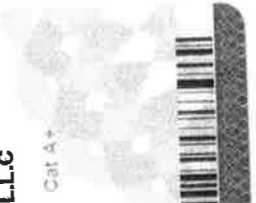
**MARWA FOAUD KWIKAH**

Year of Birth: 1985

Validity : 20-May-2019 To 19-May-2020



Cat A\*





## CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form. عزيزي الطبيب ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقاً مع هذا النموذج

### PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

|                                |                     |                               |                                     |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| PATIENT NAME<br>اسم المريض     | Marwa Fouad Kwikah  | GENDER<br>الجنس               | Female<br>Female                    |
| DATE OF BIRTH<br>تاريخ الميلاد | 25-Sep-1985         | PAYER<br>شركة التأمين         | Insurance House                     |
| CARD NBR :<br>رقم البطاقة      | D319-231E-4E94-7EDD | ACUTE<br>حادثة                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| CASE INFORMATION<br>نوع الحالة |                     | CHRONIC<br>مزمنة              | <input type="checkbox"/>            |
|                                |                     | PRE-EXISTING<br>موجودة مسبقاً | <input type="checkbox"/>            |
|                                |                     | INJURY<br>إصابة               | <input type="checkbox"/>            |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| DIAGNOSIS<br>التشخيص                  | <u>finca corporis</u>   |
| AETIOLOGY<br>المسببات المرضية         | <u>Fungal</u>   |
| SYMPTOMS:<br>الأعراض المرضية          | <u>scaly patch on abdomen</u><br>(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)<br>(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الإصابات و الحالات المتعلقة بالأمومة) |
| CLINICAL FINDINGS<br>النتائج السريرية | <u>fungus</u>   |
| REMARKS:<br>الملاحظات                 | <u>Medical treatment</u>  |

|  |  |
|--|--|
| TREATING PHYSICIAN<br>الطبيب المعالج             | <u>Dr. Wesam Tabbaq</u>  |
| HOSPITAL / CLINIC<br>المستشفى / العيادة          | Orchid Medical Centre - Sharjah  |
| CONSULTATION DETAILS<br>نوع الاستشارة            | NEW <input checked="" type="checkbox"/> FOLLOW-UP <input type="checkbox"/> |
| DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP<br>توقيع و ختم الطبيب | DATE<br>التاريخ  |

رسم الاستشارة 03-Feb-2020

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أقرض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بمرورتي على نسخ من سجلاتي من الطبيب المعالج من أجل تقديم الخدمات الصحية أو تأمينية لأي من أفراد عائلتي أو أي من المعالين من قبلي و الحصول على صورة منها. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالأصلي

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد