



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 15/2/2020

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

File Number: 1004050

Patient Name: Haneen Najed

إسم المريض: .....

Date Of Birth: 26/8 / 1998 Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية) .....

Nationality: (الجنسية): Palestine

Occupation (الوظيفة) : .....

Address (العنوان) : Sheikha

Phone No. (رقم الهاتف) : 203658199

E-MAIL: U.16200074@sheikha.a.c.a.f.

How did you know about us: From Internment.

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



### 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 إقرار 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 نذكر 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 التشخيصية 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلي 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 لدي فحسي اللغف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح 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 بكامل إرادتي

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

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

التاريخ: ١٩٩٨ / ٥ / 26

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (نصية 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 للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي 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

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            | Haneen,M,A,,Youssef       | IDN:              | 784199859631055 | Mother Name:      |                            |
| Name (Ar)       | حنين ماجد عبد الهادي يوسف | Card Number:      | 087267327       | Mother Name (Ar): |                            |
| Title:          |                           | Nationality:      | PSE             | Family ID:        |                            |
| Title(Ar):      |                           | Nationality (Ar): | فلسطين          |                   |                            |
| Issue Date:     | 22/01/2018                | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03                         |
| Expiry Date:    | 13/01/2021                | Date of Birth:    | 26/08/1998      | Sponsor Name:     | ماجد عبد الهادي محمود يوسف |
| Marital Status: | 01                        | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 03189820                   |
| Residency Type: | 03                        | Residency Number: | 15220103016108  | Residency Expiry: | 13/01/2021                 |
| ID Type:        | IL                        | Occupation:       | 11              | Occupation Field: | 00                         |



Photo



Signature Image

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

2/15/2020