



File No:

Date: ٢٣ / ٢ / ٢٠٢٠

Date: ... / ... /

File Number: ١٠٥٨١٠٢٠٤

Patient Name: M. a. h. m. a. d. H. e. n. d. a. w. i.

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٦ / ٦ / ١٩٩٥ Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): غير متزوج

Nationality (الجنسية): سورية Occupation:

.....

Address (العنوان): A. I. K. H. A. M.

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٠٥٠٤٦٠٨٠٨١٤٨٤

E-MAIL: hindawy.1995@hotmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثاً؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	—	
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	—	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	—	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	—	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	—	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	—	
انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	—	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	—	
هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	—	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	—	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	—	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	—	
هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	—	
هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	—	
هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الحلاّ البسيط etc	Other conditions HSV, HIV...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 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 لناتج العلاج 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 والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب 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 فحسي الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة 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 ، ايدخال للمستشفى

Smoking (التبخين): 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: / /

خطة العلاج Treatment Plan

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	Mahmoud,Mohamad,,,Hendawi	IDN:	784199054954955	Mother Name:	
Name (Ar)	محمود محمود,,,هنداوي	Card Number:	093624358	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	17/03/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	11/03/2021	Date of Birth:	06/06/1990	Sponsor Name:	البركي راوند ذا وورلد تجارة قطع غير السيارات ذ.م.م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172177095	Residency Expiry:	11/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	1233	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

2/25/2020