



File No:

Date: 26/2/2020

Date: ... / ... / File Number: 10.04136

Patient Name: Magdy Hassanain اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 28/8/62 Gender (الجنس): M / F Marital Status:(الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Egypt (الوطنية): Pharmacist

Address (العنوان): Al-Zohra... SHJ Phone No. (رقم الهاتف): 2566531457

E-MAIL: magdy.hassanain@luminitiv.com How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	Y	Cancer 5mg
هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	No	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	Y	Lithotripsy
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	Y	Mild hypertension
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other		No	
هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		No	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		No	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		No	
Epilepsy, or any other neurological disease		No	
هل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		No	
Thyroid Diseases, Diabetes		No	
هل تتعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions		No	
هل تتعاطى من أي أمراض أخرى؟		No	
HSV, HIV...etc		No	
فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط		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 تزيدي بالعلاج الأشمل و الخدمة الأفضل.
- 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 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 التجريبية العقيمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة 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 الالام 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 للشف 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 (من هم دون السن القانونية):

محمد العبدون
التوقيع: 2016.../2/28

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs
الوزن (البروز): Weight Kg
الطول: Height cm
النبض (النبض): Pulse ppm
ضغط الدم (ضغط الدم): Blood Pressure /
نوع الدم (نوع الدم): Blood Type
سكر الدم (سكر الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Smoking Y / N

التدخين (الكحول): Alcohol Y / N

الأدوية (الأدوية): Drugs Y / N

الملاحظات العامة والسريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

التصوير 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	Magdy Hassanein, Sayed Hassanein	IDN:	784196253913683	Mother Name:	
Name (Ar)	مجدى حسنين, سيد حسنين	Card Number:	083449574	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	17/05/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	07/05/2020	Date of Birth:	28/08/1962	Sponsor Name:	الشركه الحديثه لادويةمدينه دى الطبيه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120117235504	Residency Expiry:	07/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	01	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/26/2020