



File No: .....

Date: 1 / 3 2020

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

File Number: ٥٥٨١٦٢

Patient Name: YASAW ABDALA

اسم المريض: يعقوب عبد الله

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1. / 3. / 1967

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): الاردنية

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / F

Address (العنوان): السليمانية

Phone No. (رقم الهاتف): 0526649866

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

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

أقرض 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال 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 كالتهاب أو القوم أو النزيف أو الالام 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 لدي فتحتي الملف صحية. و أتفهم 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: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                            |    |                         |  |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (نمط الدم):  |  |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | /  | Blood Sugar (سكر الدم): |  |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

NA

الأدوية Medications

سحب

الحمل Pregnancy

—

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ائحال المستشفى

—

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

cAEAlOEBA830DQXO

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            | Yaqoub,Abdalla,Murad,Abdalla,AIraeesi | IDN:              | 784196762751764          | Mother Name:      | Fatima Zayed |
| Name (Ar)       | يعقوب عبدالله مراد عبدالله الراعي     | Card Number:      | 088984438                | Mother Name (Ar): | فاطمة زايد   |
| Title:          |                                       | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة | Family ID:        | 304002642    |
| Title(Ar):      |                                       | Sex:              | M                        | Sponsor Type:     |              |
| Issue Date:     | 09/05/2018                            | Date of Birth:    | 01/03/1967               | Sponsor Name:     |              |
| Expiry Date:    | 09/05/2023                            | Husband IDN:      |                          | Sponsor Number:   |              |
| Marital Status: | 02                                    | Residency Number: |                          | Residency Expiry: |              |
| Residency Type: |                                       | Occupation:       | 96                       | Occupation Field: | 00           |
| ID Type:        | ID                                    |                   |                          |                   |              |



Photo



Signature Image

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

3/1/2020