



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 الاضافية 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.
- 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات 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 الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليريق أو الالم 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 ففصي الملف صحية، و تفهم ان أي 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 (لن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm
Height (الطول): 170 cm
Blood Pressure (ضغط الدم): /
Blood Type (نوعية 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: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

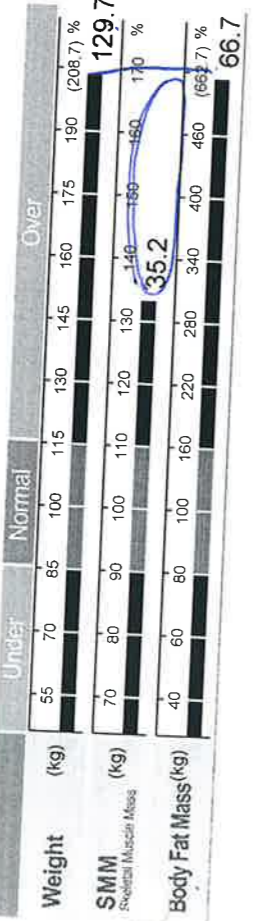
ID 200223-3 Height 170cm Age 34 Gender Female Test Date / Time 23.02.2020. 19:15

Body Composition Analysis

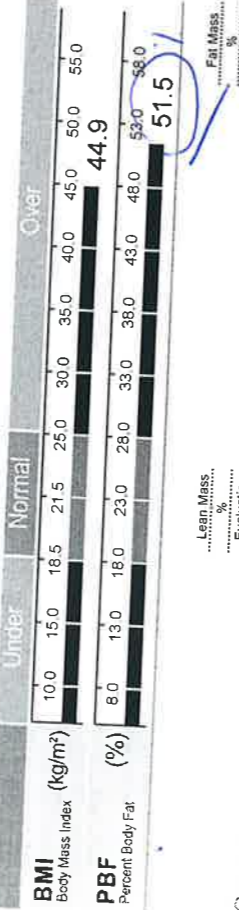
Total amount of water in body	Total Body Water (L)	46.2 (31.7~38.7)
For building muscles	Protein (kg)	12.3 (8.5~10.3)
For strengthening bones	Minerals (kg)	4.46 (2.92~3.58)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	66.7 (12.4~19.9)
Sum of the above	Weight (kg)	129.7 (52.8~71.4)

130. 71

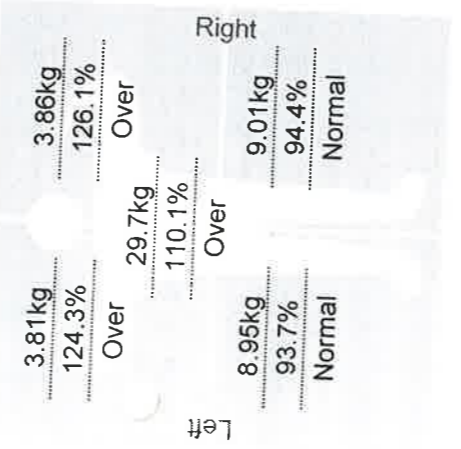
Muscle-Fat Analysis



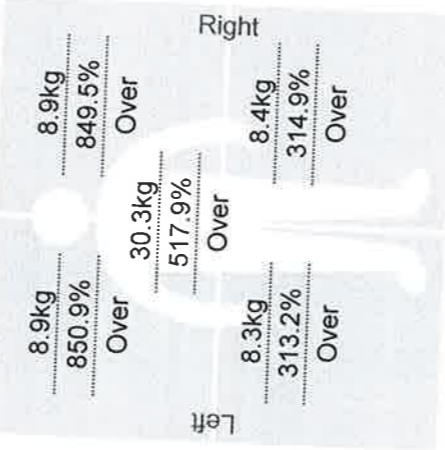
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	129.7
SMM (kg)	35.2
PBF (%)	51.5

InBody Score

47 /100 Points
 * Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 81.8 kg
 Weight Control -47.9 kg
 Fat Control -47.9 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.13 0.75 0.85

Visceral Fat Level

Level 29 Low 10 High

Research Parameters

Fat Free Mass 63.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1730 kcal
 Obesity Degree 209 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2361 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	228	Gateball	246
Walking	259	Yoga	259
Badminton	293	Table Tennis	293
Tennis	389	Bicycling	389
Boxing	389	Basketball	389
Hiking	423	Jumping Rope	454
Aerobics	454	Jogging	454
Soccer	454	Swimming	454
Japanese Fencing	649	Racketball	649
Squash	649	Taekwondo	649

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz | 302.9 309.1 18.6 227.1 228.4
 100 kHz | 275.8 281.6 16.2 205.0 205.5

* Segmental fat is estimated.