



File No: .....

Date: 10 / 3 / 2020

Date: ... / ... / ..... File Number: 1.a.o.4.2.34

Patient Name: Saif Al Mazrouei المازروعي Saif

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 31 / 12 / 1969 Gender (الجنس): (M) / F

Nationality (الجنسية): الإمارات. الإلمانية البرية

Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 0504300464

E-MAIL: ..... How did you know about us: يعيننا الاستعارة

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

### 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المعول.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأشمل و الخدمة الأفضل.
- أفهم 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.
- أقرأ أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم 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 ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقرأ كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحياً، و أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقرأ ان 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 |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| الوزن (Kg):                  | المؤشرات الحيوية Vital Signs |
| النبض (النبضات):             | الارتفاع (الطول): cm         |
|                              | الضغط (الدم): /              |
|                              | نوع الدم (دمية):             |
|                              | سكر الدم (دمية):             |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

Shrimps

الأدوية Medications

Itinprofin

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة ، عمليات المستشفى Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

العقاقير (Drugs): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

التصوير الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





هويتي