



File No:

Date: 14/2/2020

Date: ... / ... /
Patient Name: Safaa Hayder
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8/1/2005
Nationality (الجنسية): سورية
Address (العنوان):
E-MAIL:

File Number: 1004332

اسم المريض: Safaa Hayder

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8/1/2005

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): سورية

Address (العنوان):

E-MAIL:

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0558426144

How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا / نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطت من أي أمراض؟	نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	نعم
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟	نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	نعم
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	نعم
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	نعم
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	نعم
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	نعم
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض الغدة الدرقية؟	نعم
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب...etc	نعم



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 تشخيصي 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 المطبورية بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن 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 المطبورية يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمضي الملف صحياً و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحها 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 للإسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

4 2020
1 / ... /

Handwritten signature in blue ink.

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الوزن): Kg الطول (الطول): cm فصيلة الدم (دم): Blood Type
النبض (النبض): ppm ضغط الدم (دم): / سكر الدم (دم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، اذخار للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N

التدخين الكحول (الكحول): Y / N

الأدوية (الأدوية): Y / N

الملاحظات العامة والسريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp
.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Safa,Hayder,Jalil,,Al Gburi	IDN:	784200535857526	Mother Name:	
Name (Ar)	صفا،حيدر،جليل،الجبوري	Card Number:	087202458	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		(Ar):	العراق		
Issue Date:	17/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	08/01/2021	Date of Birth:	08/01/2005	Sponsor Name:	حيدر جليل محمود حسن
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	04774268
Residency Type:	03	Residency Number:	30120093036979	Residency Expiry:	08/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

بدون إمضاء / No signature<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/1/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008362)

Date: 01-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004332 - safaa haider - 971564091303

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-04-2020

Being cons + vat

Made by **Rana**

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004332 - safaa haider - 971564091303

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae