



File No: .....

Date: 11 / 4 / 2020

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

File Number: 1004379

Patient Name: Mrs. hof

اسم المريض: حروف يوسف بيك انشور

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1 / 1 / 94

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): سعودي

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0504719982

Address (العنوان):

المستشفى، جدة

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 اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى اي ادوية او تلقى اي علاجات حديثا؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى اي مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك اي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاطى من اي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تعاطى اي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم) Other	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاطى من اي امراض اخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط	لا	



### 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 والمؤهل.

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 علاج أمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 الطبية.

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

أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تخفي للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

.....



United Arab Emirates  
Resident Identity Card

دولة الإمارات العربية المتحدة  
بطاقة هوية مقيم

رقم الهوية / ID Number  
784-1994-6271546-9

الإسم: مرهف يوسف بكداش  
Name: Murhaf Youssef Bakdash

الجنسية: الجمهورية العربية السورية  
Nationality: Syrian Arab Republic

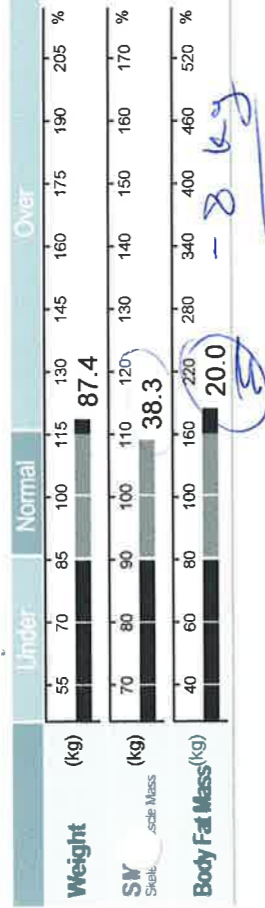


ID 200411-1    Height 183cm    Age 26    Gender Male    Test Date / Time 11.04.2020. 14:17

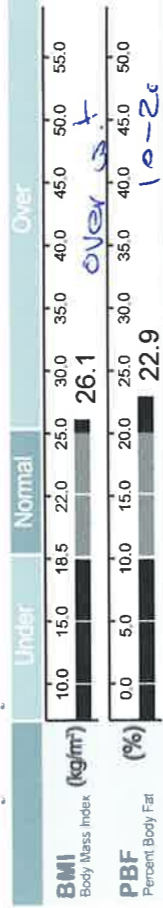
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	49.2	( 41.4~50.6 )
For building muscles	Protein	(kg)	13.4	( 11.1~13.5 )
For strengthening bones	Minerals	(kg)	4.81	( 3.83~4.69 )
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	20.0	( 8.9~17.7 )
Sum of the above	Weight	(kg)	87.4	( 62.6~84.8 )

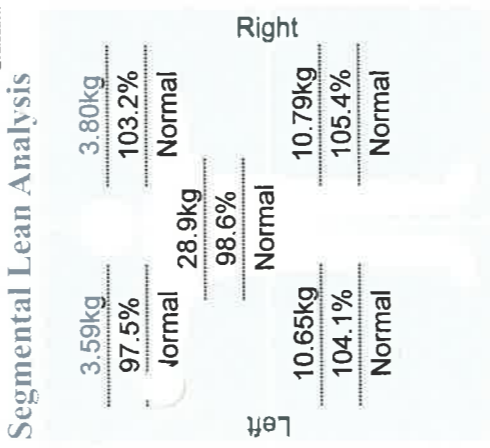
## Muscle-Fat Analysis



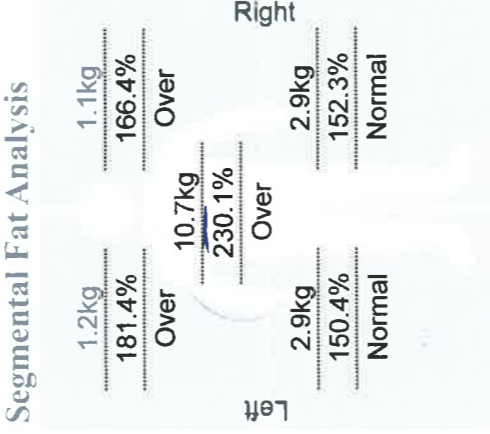
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



\* Segmental fat is estimated.

## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	87.4
<b>SMM</b> (kg)	38.3

## InBody Score

**77** / 100 Points

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

### Weight Control

Target Weight 79.3 kg  
 Weight Control -8.1 kg  
 Fat Control -8.1 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

### Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

### Waist-Hip Ratio

0.90 (0.80 - 0.90)

### Visceral Fat Level

Level 8 (Low 10 - High)

### Research Parameters

Fat Free Mass 67.4 kg  
 Basal Metabolic Rate 1826 kcal  
 Obesity Degree 119 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 2554 kcal

### Calorie Expenditure of Exercise

Golf	154	Gateball	166
Walking	175	Yoga	175
Badminton	198	Table Tennis	198
Tennis	262	Bicycling	262
Boxing	262	Basketball	262
Hiking	285	Jumping Rope	306
Aerobics	306	Jogging	306
Soccer	306	Swimming	306
Japanese Fencing	437	Racketball	437
Squash	437	Taekwondo	437

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

### Impedance

RA LA TR RL LL  
 Z(Ω) 20 kHz 314.5 335.9 23.0 251.9 257.1  
 100 kHz 278.8 300.3 19.7 219.9 225.3