



File No:

Date: / /

Date: ... / ... / File Number: 1004395
Patient Name: Abdullah محمد عبد الله اسم المريض: عبدالله محمد عبد الله
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 26 / 12 / 1988 Gender (الجنس): M / F (الحالة الاجتماعية): Single
Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة): Student
Address (العنوان): D.M.C.P. Phone No. (رقم الهاتف): 0507194111
E-MAIL: How did you know about us:

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



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 الأفضل 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 اي ضمانات او تأمين لتتفاد العلاجات و الإجراءات الطبية او 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 للفحوصات 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 الألم 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 قدمت لذي قنحي الملف صحيحة، و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى سرية تماما 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

اسمارة تقديم 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

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies: الحساسية		
Medications: الأدوية		
Pregnancy: الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، إخال للمستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (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

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
	Consultation + machine (6 sessions) for abdomen + (6 session) for Back	2000		Handwritten Signature
14/4/20	Endymed session total 6000	2000	2000	Handwritten Signature
15/4/20	Endymed Session			Handwritten Signature
16/4/20	Endymed Session - 2			Handwritten Signature
17/4/20	Endymed Session - 3rd			Handwritten Signature

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wasam Marwan Al-Tabbaa
 Dermatology Specialist
 MOH License No. 1526
 Orchid Medical Center
 مركز أوركيड الطبي

REDAD DATA
cAEAlOEBA83ODQXO

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	Abdulla,Ibrahim,Hassan,Abbas,Albalooshi	IDN:	784199839485481	Mother Name:	
Name (Ar)	عبدالله ابراهيم حسن عباس البالوشي	Card Number:	097013427	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	201008552
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	22/10/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/01/2024	Date of Birth:	26/02/1998	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image



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

4/14/2020

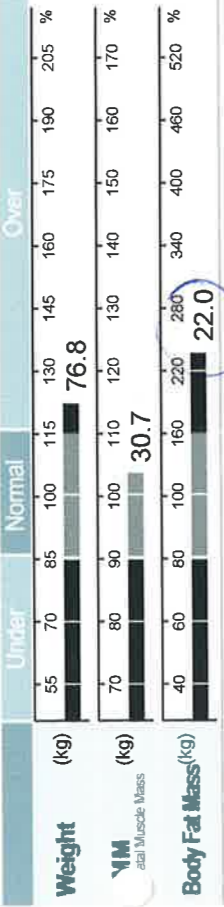
InBody

ID 200414-1 Height 169cm Age 22 Gender Male Test Date / Time 14.04.2020. 17:30

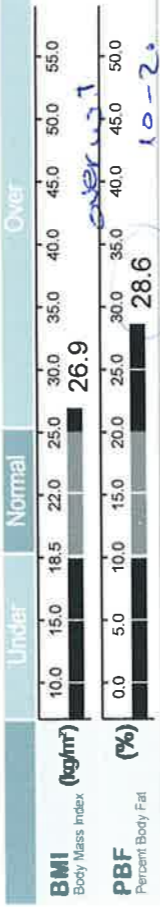
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	40.1	(35.4~43.2)
For building muscles	Protein	(kg)	10.9	(9.4~11.6)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.85	(3.27~3.99)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	22.0	(7.6~15.1)
Sum of the above	Weight	(kg)	76.8	(53.4~72.2)

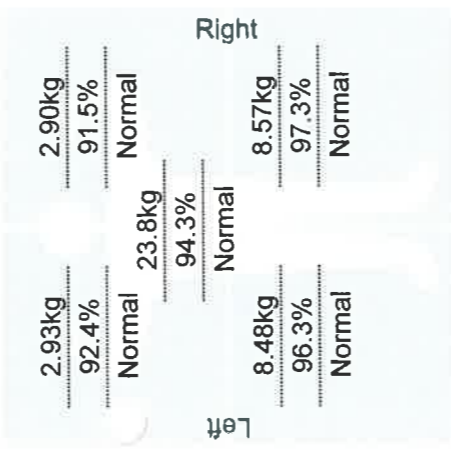
Muscle-Fat Analysis



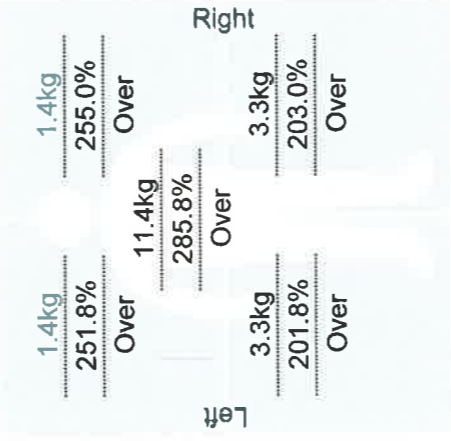
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	76.8
SMM Segmental Muscle Mass (kg)	30.7

InBody Score

69/100 Points

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

Weight Control

Target Weight	64.5 kg
Weight Control	- 12.3 kg
Fat Control	- 12.3 kg
Muscle Control	0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input checked="" type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	54.8 kg
Basal Metabolic Rate	1554 kcal
Obesity Degree	122 % (90~110)
Recommended calorie intake	2321 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	135	Gateball	146
Walking	154	Yoga	154
Badminton	174	Table Tennis	174
Tennis	230	Bicycling	230
Boxing	230	Basketball	230
Hiking	250	Jumping Rope	269
Aerobics	269	Jogging	269
Soccer	269	Swimming	269
Japanese Fencing	384	Racketball	384
Squash	384	Taekwondo	384

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

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(α) 20 kHz	315.5	312.7	23.0	229.8
100 kHz	285.5	282.4	20.1	202.4
			204.2	



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008509

Date: 14-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004395 - abduallah alblooshi - 971559533897**

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Only**

By Cash **1,500.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being advance for **2 pkg endymed 6 sessions each pkg + vat balance 600**

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

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