



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /
Patient Name: Randa Gamalaha
Date Of Birth: 21/3/1999 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج
Nationality (الجنسية): Egypt Occupation (الوظيفة): no
Address (العنوان): El.M.A.G.A.23 Phone No. (رقم الهاتف): 0102776640
E-MAIL: Randa.ahmed.1999@agmail.com How did you know about us: friend

File Number: 1004582

إسم المريض:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cortisteroids/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 روماتويد، 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) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان 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 الحمل؟ 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 أقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
الموكل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي
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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية و التجميلية
القصية لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الاجراءات
العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمتم لي قضي الملف صحية. و
أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 (نمىة الدم):
Pulse (النمى):	ppm	Blood Pressure (نمىف الدم):	/	Blood Sugar (نمىر الدم):

سبب زبارة المرىض للعبارة Chief Complaint

التارىخ المرضى: Disease History

الحساسىة Allergies

الأدوىة Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عملىات سابقة ، ائخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظى العقاقىر): Y / N

الملاحظات العامة والسرىرىة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعىة Radiography

التشخىص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Randa Gamal,Abdou,,,Moustafa Shoeib	IDN:	784199031429600	Mother Name:	
Name (Ar)	رنا جمال,عبد,مصطفى شعيب	Card Number:	092196923	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	16/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	12/12/2020	Date of Birth:	21/03/1990	Sponsor Name:	ام اتش ار لتجاره مواد البناء ذم م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	50120187012536	Residency Expiry:	12/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	1231	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

رانا جمال عبد الله

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

5/19/2020

For Ground Consent

I, the patient undersigned have been the procedure Pro-facial

In detail and give consent for the same.

- I, the undersigned have read and understood the procedure and give consent for the same
- I understand the need to do multiple sessions to see optimum results which can be variable depending on individual skin type, age, and other factors

Risks and complications of procedure have been explained to me and also the post care and cost of procedure have been explained to me and I agree to abide by the same

Patient name and signature

Randa Yamal



Date:



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008911)

Date:19-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004582 - RANDA 000 - 971501002189

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-05-2020

Being 1 session facial + vat

Made by Reem

- 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 : 1004582 - RANDA 000 - 971501002189

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