



# AL SAF-WA Radiology Center

Date 6 / 6 / 2020

**URGENT**

### Patient Information

First	Middle	Last
Aayad		Murtaga
Sex	Date of birth	Country
<input checked="" type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	/ /	
Payment	Insurance	Corporate
<input type="checkbox"/> Cash / <input type="checkbox"/> Insurance	<input type="checkbox"/> Corporate	Last menstrual period / /

### Investigation required

- MRI
- Computed Tomography
- Digital X-Ray
- Ultrasound
- 4D Ultrasound
- Colour Doppler
- Echocardiography
- Mammography
- Mammography + US
- DEXA Bone Density
- OPG
- CEPH
- Report
- Tracing

### Exam details

OPG

### Remarks & clinical data

Orthodontic treatment

### Referring doctor Information

Name	Clinic / hospital
Dr. Shamil	Orchid Medical Center
Tel	Signature & Stamp
SL	
Insurance documents required	*Insurance Card *Original Claim Form with doctor's signature and stamp *Supporting Documents i.e. Medical Report, Previous Reports etc.

For working hours & location maps please turn over

Tel: +971 6 5563969, 3rd Floor, CG Mall, King Faizal Street  
 Sharjah, United Arab Emirates  
 E-mail: info@alsafame.com www.alsafame.com



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: / /

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

File Number: 1004651

Patient Name: AYAT MUSTAFA

إسم المريض: أيات مصطفى كمال

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 7 / 1 / 1989 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): كما تكمل

Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....  
العراقية

How did you know about us: .....

Address (العنوان): الدخلة جسر الالهة

Phone No. (رقم الهاتف): 0544844433

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

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

أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مسحية الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أفهم 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 قمت لي قضي الملف صحيفه. و أفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي

أقر أن دي 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 بكمال ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية 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، إخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

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	Ayat, Mustafa, Kamil, Kamil	IDN:	784198995273798	Mother Name:	
Name (Ar)	ايات مصطفى كامل, كامل	Card Number:	098254811	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	16/01/2020	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	07/01/2023	Date of Birth:	07/01/1989	Sponsor Name:	مصطفى كامل احمد احمد
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0113114309
Residency Type:	03	Residency Number:	3012014300007308	Residency Expiry:	07/01/2023
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

5/31/2020