



File No: .....

Date: 1 / 6 / 2020

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

File Number: .....

Patient Name: .....

10004668

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): .....

Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): .....

Phone No. (رقم الهاتف): .....

Address (العنوان): .....

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

E-MAIL: .....

0505815444

التاريخ الطبي Medical History

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا / نعم	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟		X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		X	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟		X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟		X	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى		X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		✓	كسبهه الطبيه الزيادة
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟		X	
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc		X	

### 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 وأسعى للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المودع.
- 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 نكر 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 نتائج للعلاج 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 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 الالم 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 لي قمتي للعنف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها بون 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 (النبض):	ppm	Blood Pressure (مضط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعبادة Chief Complaint

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

General & Clinical Findings : الملاحظات العامة و السريرية

Examination : الفحص

Radiography : الصور الشعاعية

Diagnosis : التشخيص

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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**

<b>Name</b>	Shahad,Khaled,Salem,AlIaghtesh,Alantali	<b>IDN:</b>	784199673096931	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	شهاد خالد سالم الاغثش العنتلي	<b>Card Number:</b>	069939393	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	ARE الإمارات العربية المتحدة	<b>Family ID:</b>	707001141
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Issue Date:</b>	03/09/2014	<b>Date of Birth:</b>	31/12/1996	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	03/09/2024	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>Residency Type:</b>		<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00
<b>ID Type:</b>	ID				



Photo

Signature Image

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

6/1/2020





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009109)

Date: 01-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004668 - SHAHED 000 - 971503784052

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: 01-06-2020

Being 1 SESSION CARBON + 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 : 1004668 - SHAHED 000 - 971503784052

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)