



File No:

Date: / /

Date: ... / ... / File Number: 1004687
Patient Name: Fawez Shahed
اسم المريض: فواز شهيد
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14/09/1987 (الحالة الاجتماعية): طيف
Gender (الجنس): M / F Marital Status:
Nationality (الجنسية): سعودي Occupation:
Address (العنوان): الدمام 31312 Phone No. (رقم الهاتف): 05505723816
E-MAIL: dxdarec.a.s.h@gmail.com How did you know about us:

| التاريخ الطبي | |
|--|---|
| Medical Condition | الحالة الطبية |
| Recent or current drugs/Medical Treatment | هل تعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟ |
| Corticosteroids/Immunosuppressant | هل تعاطى أي مثبّطات للمناعة؟ |
| Allergies | هل لديك أي حساسية؟ |
| Surgical Operations, Serious illness | هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease | جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants | هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مبيعات للدم؟ |
| Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم) | انيميا (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم) |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other | أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، أمراض أخرى |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease | هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems | هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases | التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other | قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ |
| Epilepsy, or any other neurological disease | هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ |
| Thyroid Diseases, Diabetes | هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ |
| Other conditions HSV, HIV...etc | هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتير، فيروس الحلا البسيط HSV, HIV...etc |



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 الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار 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 التوريم أو التزيف أو الالم 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 قدمت لي قضي للهدف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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: ٢٠١٦ / ٦ / ٢٠

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نمط 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 . احوال المستشفى | | |
| 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

REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQyMI

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 | Faiz,Rajji,,Chahid | IDN: | 784200970696496 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | فايز راجي،،شاهيد | Card Number: | 084351957 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | SYR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | الجمهورية العربية السورية | | |
| Issue Date: | 12/07/2017 | Sex: | M | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 08/07/2020 | Date of Birth: | 14/05/2009 | Sponsor Name: | راجي فايز شاهيد |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 14461792 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120143190242 | Residency Expiry: | 08/07/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 98 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

بلا توقيع / امضاء<http://orchidsvt/EMID/default.aspx>

6/3/2020



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 128.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009160)

Date:03-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004687 - FAYEZ RAJI - 971562127211

The sum of Dhs. **One Hundred Twenty-Eight Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash 0.00 / By Credit Card 128.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-06-2020

Being vit d + cbc discount from nourhan

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 : 1004687 - FAYEZ RAJI - 971562127211

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