



File No: .....

Date: ١٥/٦/٢٠٢٥

Date: ... / ... / ..... File Number: ١٥٥٤٧٦٢

Patient Name: Samer Sabt. اسم المريض: .....

Date Of Birth: ... / ... / ..... Gender (الجنس): M F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): Jordanian. (الوظيفة): .....

Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): ٠٥٥٨٩١٥٦٨٩٥٤

E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

| التاريخ الطبي Medical History   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition   | Yes/No<br>نعم / لا | If YES give details<br>إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟  |                    |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   |                    |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   |                    |   |
| Surgical Operations, Serious illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   |                    |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب |                    |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  |                    |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>أنيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)   |                    |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى   |                    |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  |                    |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟  |                    |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى  |                    |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   |                    |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  |                    |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  |                    |   |
| Other conditions<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>HSV, HIV...etc<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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 وأسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة للخصوصيات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 لي لتحمي للمنفك صحية و اتفهم أن أي 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs    |     |  |    |
|---------------------------------|-----|--|----|
| الوزن (البروز):<br>Weight (kg): | Kg  | الطول (السن):<br>Height (cm):              | cm |
| النبض (النبض):<br>Pulse (bpm):  | ppm | ضغط الدم (الدم):<br>Blood Pressure (mmHg): | /  |
|                                 |     | نوع الدم (الدم):<br>Blood Type (A/B/O):    |    |
|                                 |     | سكر الدم (الدم):<br>Blood Sugar (mg/dL):   |    |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

To loss w.t

|   |       |
|---|-------|
| التاريخ المرضي: Disease History   | /     |
| الحساسية: Allergies   | /     |
| الأدوية: Medications  | /     |
| الحمل: Pregnancy  | /     |
| عمليات سابقة، جراحات: Previous Surgeries, Hospitalization<br>عمليات سابقة، ادخال المستشفى | /     |
| التدخين (التخين): Smoking (Y / N)   | Y / N |
| الكحول (الكحول): Alcohol (Y / N)  | Y / N |
| أدوية (العقاقير): Drugs (Y / N)   | Y / N |

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

↖ feet

الفحص Examination

BA

الصور الشعاعية Radiography

/

التشخيص Diagnosis

↖ w.t (↖ feet)

ANF

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

