





### 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.

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 يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أقرض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

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 مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فحسي للهدف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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

توقيع المريض / ولي الأمر (لن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / ٢٠٢٤

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية

|                 |     |                               |    |                         |  |
|-----------------|-----|-------------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):               | cm | Blood Type (دمية الدم): |  |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (دم 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 ، ائال المستشفى |                        |                      |
| Smoking (التخين): Y / N  | Alcohol (الكول): Y / N | Drugs (دوائر): Y / N |

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis









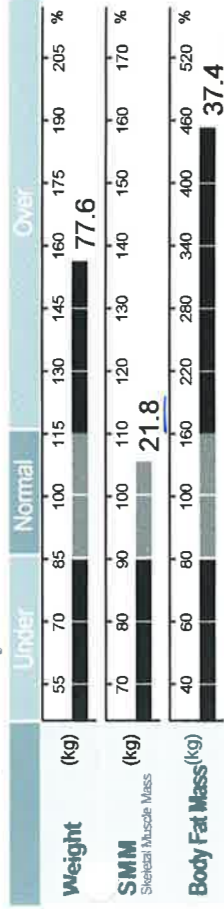
# InBody

ID 200617-2 | Height 152cm | Age 42 | Gender Female | Test Date / Time 17.06.2020. 12:11

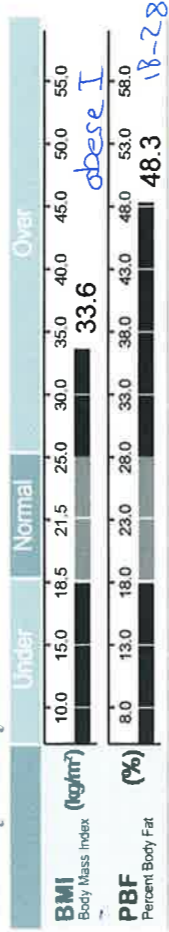
## Body Composition Analysis

|                               |                      |                    |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Total amount of water in body | Total Body Water (L) | 29.5 ( 25.3~30.9 ) |
| For building muscles          | Protein (kg)         | 7.8 ( 6.8~8.3 )    |
| For strengthening bones       | Minerals (kg)        | 2.89 ( 2.34~2.86 ) |
| For storing excess energy     | Body Fat Mass (kg)   | 37.4 ( 9.9~15.9 )  |
| Sum of the above              | Weight (kg)          | 77.6 ( 42.2~57.2 ) |

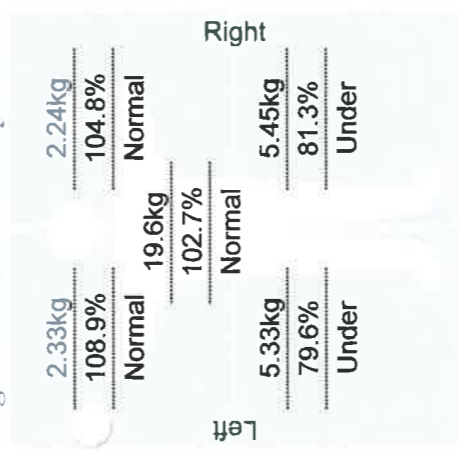
## Muscle-Fat Analysis



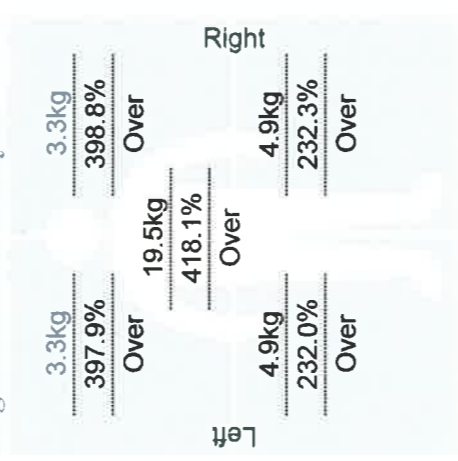
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

|             |      |
|-------------|------|
| Weight (kg) | 77.6 |
| SMM (kg)    | 21.8 |

## InBody Score

56 / 100 Points

\* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

## Weight Control

|                |           |
|----------------|-----------|
| Target Weight  | 52.2 kg   |
| Weight Control | - 25.4 kg |
| Fat Control    | - 25.4 kg |
| Muscle Control | 0.0 kg    |

## Obesity Evaluation

|     |  |
|-----|--|
| BMI | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over |
| PBF | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over                                |

## Waist-Hip Ratio



## Visceral Fat Level



## Research Parameters

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| Fat Free Mass              | 40.2 kg          |
| Basal Metabolic Rate       | 1237 kcal        |
| Obesity Degree             | 156 % ( 90~110 ) |
| Recommended calorie intake | 1613 kcal        |

## Calorie Expenditure of Exercise

|                  |     |              |     |
|------------------|-----|--------------|-----|
| Golf             | 137 | Gateball     | 147 |
| Walking          | 155 | Yoga         | 155 |
| Badminton        | 175 | Table Tennis | 175 |
| Tennis           | 233 | Bicycling    | 233 |
| Boxing           | 233 | Basketball   | 233 |
| Hiking           | 253 | Jumping Rope | 272 |
| Aerobics         | 272 | Jogging      | 272 |
| Soccer           | 272 | Swimming     | 272 |
| Japanese Fencing | 388 | Racketball   | 388 |
| Squash           | 388 | Taekwondo    | 388 |

\* Based on your current weight  
\* Based on 30 minute duration

## Impedance

|       |         |       |       |      |       |
|-------|---------|-------|-------|------|-------|
|       | RA      | LA    | TR    | RL   | LL    |
| Z (Ω) | 20 kHz  | 360.9 | 343.8 | 22.0 | 277.2 |
|       | 100 kHz | 327.5 | 313.7 | 19.0 | 250.3 |