



File No: .....

Date: / /

Date: ... / ... / ..... File Number: ..... 1004859  
Patient Name: ..... اسم المريض: .....  
Date Of Birth (الولادة): 4 / 11 / 88 Gender (الجنس): M (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): Al-Fayeziyah Phone No. (رقم الهاتف): 0502105114  
E-MAIL: S.norod210@gmail.com How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حثيثاً؟	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 تعاليت 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 للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكميا (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 تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط...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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموزع.

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.

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 الخاصة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تفصي للطف صحية و أتفهم 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: ... / ... / .....

اسمارة تقييم المريض Patient Assesment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكلية): Weight (kg):	Kg	الطول (الكلية): Height (cm):	cm	نوعية الدم (الكلية): Blood Type:
النبض (الكلية): Pulse (bpm):	ppm	الضغط (الكلية): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (الكلية): Blood Sugar (mg/dL):

سبب زيارة المريض للمعيادة Chief Complaint

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

الملاحظات العامة والسيرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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**

<b>Name</b>	Sindiya,Saif,Ali,Eisa,Althabahi	<b>IDN:</b>	784198885170617	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	سندية، سيف، علي، عيسى، الثباضي	<b>Card Number:</b>	095477384	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	ARE الإمارات العربية المتحدة	<b>Family ID:</b>	307002396
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Issue Date:</b>	11/07/2019	<b>Date of Birth:</b>	04/11/1988	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	11/07/2029	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Marital Status:</b>	04	<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	02	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

6/20/2020



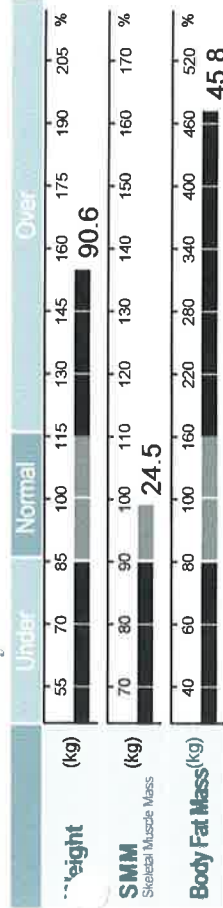
# InBody

ID 200620-6 | Height 165cm | Age 31 | Gender Female | Test Date / Time 20.06.2020. 18:10

## Body Composition Analysis

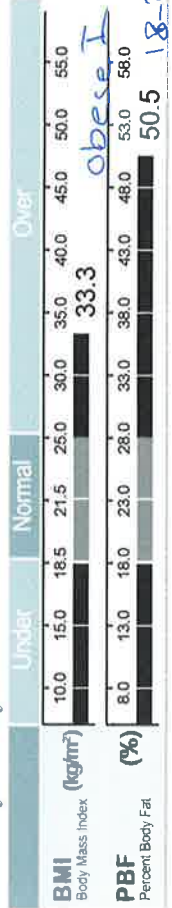
Total amount of water in body	<b>Total Body Water</b>	(L)	32.8 ( 29.8~36.4 )
For building muscles	<b>Protein</b>	(kg)	8.8 ( 8.0~9.8 )
For strengthening bones	<b>Minerals</b>	(kg)	3.24 ( 2.75~3.37 )
For storing excess energy	<b>Body Fat Mass</b>	(kg)	45.8 ( 11.7~18.7 )
Sum of the above	<b>Weight</b>	(kg)	90.6 ( 49.7~67.3 )

## Muscle-Fat Analysis



-20kg

## Obesity Analysis



obese I  
18-28

## InBody Score

47 / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 58.5 kg  
 Weight Control - 32.1 kg  
 Fat Control - 32.3 kg  
 Muscle Control + 0.2 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.99 (Target range: 0.75-0.85)

## Visceral Fat Level

Level 22 (Target range: Low 10 - High)

## Research Parameters

Fat Free Mass 44.8 kg  
 Basal Metabolic Rate 1338 kcal  
 Obesity Degree 155 % ( 90~110 )  
 Recommended caloric intake 1931 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

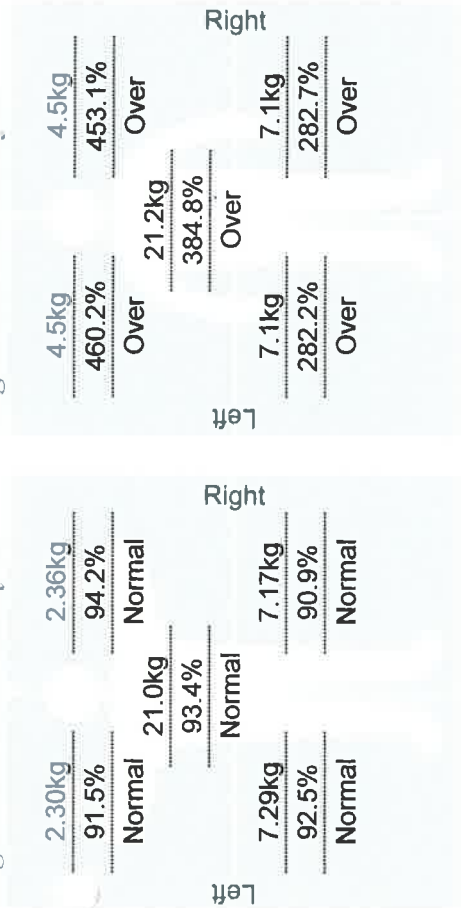
Golf	160	Gateball	172
Walking	181	Yoga	181
Badminton	205	Table Tennis	205
Tennis	272	Bicycling	272
Boxing	272	Basketball	272
Hiking	295	Jumping Rope	317
Aerobics	317	Jogging	317
Soccer	317	Swimming	317
Japanese Fencing	453	Racketball	453
Squash	453	Taekwondo	453

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

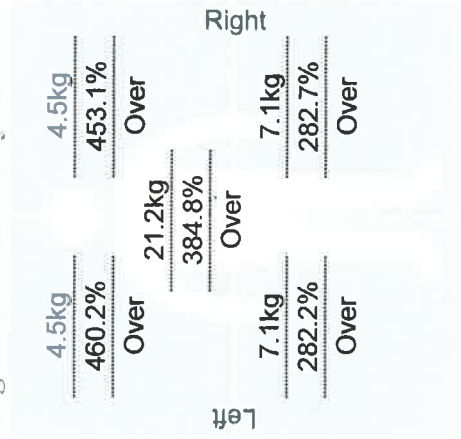
## Impedance

RA LA IR RL LL  
 Z(Ω) 20 kHz | 408.8 422.7 27.5 275.7 264.4  
 100 kHz | 371.9 387.3 23.9 248.3 238.5

## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



\* Segmental fat is estimated.

## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	90.6
<b>SMM</b> (kg)	24.5