



File No:

Date: / /

Date: ١٦.٢.٢٠٢٠ File Number: ١٥٠٩١١
Patient Name: هادي هادي
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٦/١/١٩٧٨ Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج
Nationality (الجنسية): فلسطينية Occupation (المهنة): محاسب
Address (العنوان): شارع مارينا روضة (البحر) ح. ٥٥١٨٩٠٣٦٥
E-MAIL: hadel.haber.32@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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	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 تعاني من أي أمراض؟	نعم	حلاوة ففط
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 مميوغات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، 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 وأسبح الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- 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 والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمينات لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعلاجات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية 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 والتاريخ الطبي الذي قدمته لي تخفي للملك صحية، و أتفهم 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ٢٤ / ١٠ / ٢٠١١

صبري هادي
Hadi Sabri

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكلغ): Weight	Kg	الطول (السنتمتر): Height	cm	نوع الدم (مجموعة الدم): Blood Type
النبض (النبضات): Pulse	ppm	ضغط الدم (السنتمتر الزئبق): Blood Pressure	/ /	سكر الدم (مليغرام لكل ديسيلتر): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسيات: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة، دخول للمستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	
التدخين (نعم/لا): Smoking	Y / N
الكحول (نعم/لا): Alcohol	Y / N
أدوية (نعم/لا): Drugs	Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

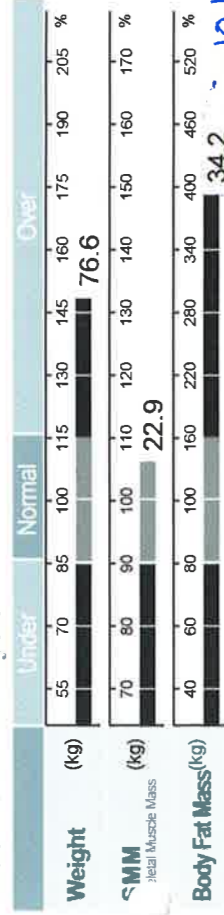
InBody

ID 200624-4 Height 155cm Age 47 Gender Female Test Date / Time 24.06.2020. 19:44

Body Composition Analysis

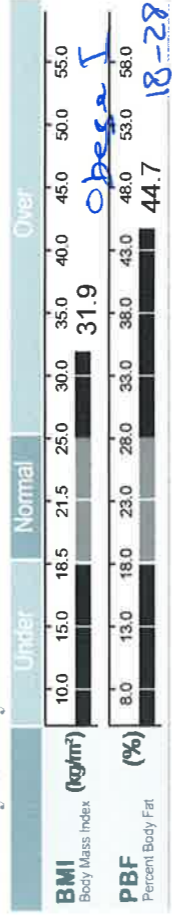
Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	31.1 (26.3~32.1)
For building muscles	Protein	(kg)	8.3 (7.0~8.6)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.01 (2.43~2.97)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	34.2 (10.3~16.5)
Sum of the above	Weight	(kg)	76.6 (43.9~59.5)

Muscle-Fat Analysis



34.2 - 10 kg

Obesity Analysis



Obese I

18-28

InBody Score

61 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 55.0 kg
 Weight Control -21.6 kg
 Fat Control -21.6 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.81

Visceral Fat Level

Level **15** (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 42.4 kg
 Basal Metabolic Rate 1285 kcal
 Obesity Degree 148 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1593 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

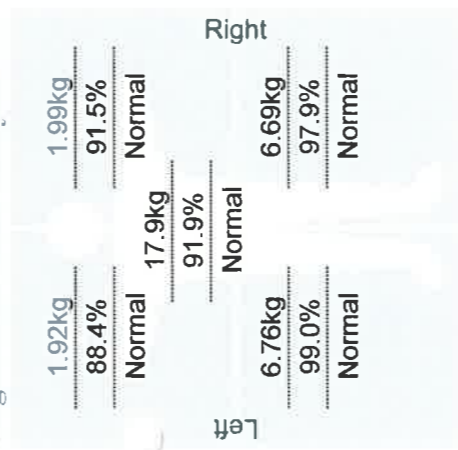
Golf	135	Gateball	146
Walking	153	Yoga	153
Badminton	173	Table Tennis	173
Tennis	230	Bicycling	230
Boxing	230	Basketball	230
Hiking	250	Jumping Rope	268
Aerobics	268	Jogging	268
Soccer	268	Swimming	268
Japanese Fencing	383	Racketball	383
Squash	383	Taekwondo	383

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

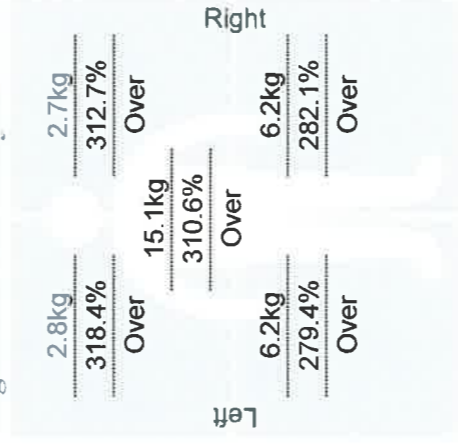
Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz 384.5 398.6 21.4 213.1 205.7
 100 kHz 346.7 361.6 18.5 193.3 188.4

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

Weight (kg)	76.6
SMM (kg)	22.9