



File No:

Date: / /

Date: 2020 / 6 / 20
File Number: 10.019.57
Patient Name: Ahmad Ahmad
اسم المريض: احمد احمد
Date Of Birth: 18 / 10 / 79 Gender: (M) / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single
Nationality: (الجنسية): Saudi Occupation: (الوظيفة): E.K. ...
Address: (العنوان): Riyadh - City
Phone No. (رقم الهاتف): 0552701007
E-MAIL: m.ahmed@orchidmedical.com How did you know about us: Instagram

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	البيانات الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا Yes إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل wisdom tooth removed on 2019 Jun
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مخدرات أو مثبطات للمناعة؟	Yes
Allergies هل لديك أي حساسية؟	—
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Yes
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاب القلب، صمام قلب عضلي، امراض القلب	—
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيدات للدم؟	—
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	—
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	—
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض تناسلية أو تناسلية؟	—
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل اعدت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	—
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	—
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	—
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	—
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	—
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ 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: 28/6/2020

Ahmed Hamad

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بملاح حالي 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.
- أفوض 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 لتتوقع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الام 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 فحسي اللغف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (الضغط الدم):	/	Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Mohamad,,,Omar	IDN:	784197970837577	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد,عصلم,,,عمر	Card Number:	084758286	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	06/08/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	31/07/2020	Date of Birth:	18/10/1979	Sponsor Name:	طيران الامارات البشريه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120087232714	Residency Expiry:	31/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	5111	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

28/06/2020