



File No: .....

Date: / /

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 07 / 11 / 1989 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): .....  
E-MAIL: .....  
File Number: .....  
اسم المريض: .....  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....  
Phone No. (رقم الهاتف): .....  
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 تتلقى أي علاجات حديثة؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	عملية تغيير الصدر
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes	الدورة غير منتظمة
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	X	



### 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 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 ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر 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 نتائج 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 مصحبة للعلاجات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ابرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي فعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي لتحي الملف صحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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 (الغز): Weight	Kg	الطول (الغز): Height	cm	النسبة (الغز): Blood Type
النبض (الغز): Pulse	ppm	الضغط (الغز): Blood Pressure	/	السكر (الغز): Blood Sugar

سبب زياره المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسيه Allergies	
الادويه Medications	
الحمل Pregnancy	
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى Previous Surgeries, Hospitalization	
التدخين (الغز): Smoking : Y / N	العقاقير (الغز): Drugs : Y / N

الملاحظات العامة والسريه 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	Yasmine,,,Bengrine	IDN:	784198985058092	Mother Name:	
Name (Ar)	ياسمين بنين كرين	Card Number:	084596155	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	26/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	05/04/2020	Date of Birth:	07/11/1989	Sponsor Name:	طالب على خليفة المحرمي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	439970
Residency Type:	03	Residency Number:	10120143026636	Residency Expiry:	05/04/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

01/07/2020





مركز أوركيدي الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009820)

Date:01-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004983 - YASMEEN 00. - 971527410821

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2020

Being DIET PKG + VAT

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004983 - YASMEEN 00. - 971527410821

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae