



File No:

Date: / /

Date: 2.7.20
Patient Name: Saira Sabir
Date Of Birth: 9/12/26
Nationality: Pakistan
Address: Flat 1001, Al-Sumayyah
E-MAIL: SairaSabir36@hotmail.com
File Number: 1004999
اسم المريض: بصري
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married
Gender: M (F)
Occupation: Pharmacy
Phone No. (رقم الهاتف): 0554315370
How did you know about us: Google

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes Tonsillotomy, Septoplasty, Rhinoplasty, etc.
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميّعات للدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، أمراض أخرى	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الهربس البسيط...etc	No



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: 3. / 7 / 20

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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 لنطاق العلاج 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب 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 قمت لي فحسي الملف صحياً، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسية: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة، دخول المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	
التدخين (Smoking): Y / N	التعاطي الكحول (Alcohol): Y / N
	التعاطي العقاقير (Drugs): 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	Saadia Ghaffar,Syed, Yaqoob,,Shah	IDN:	784198652439062	Mother Name:	
Name (Ar)	سعدیہ غافل، سید، یعقوب، شاہ	Card Number:	098797207	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	16/02/2020	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	14/02/2022	Date of Birth:	09/12/1986	Sponsor Name:	شركه مستشفى الزهراء الخاص المحدود
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120182020949	Residency Expiry:	14/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	2224	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/3/2020



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009861)

Date: 03-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004999 - saeedea 000 - 971554315370**

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **210.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____

Date: **03-07-2020**

Being **1 SESSION CARBON + VAT**

Made by **Reem**

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 : **1004999 - saeedea 000 - 971554315370**

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