



File No:

Date: 03 / 07 / 2020

Date: ... / ... / File Number: 1005000
Patient Name: Sh. S. Al. Al. Marital Status: Single
Date Of Birth: 12/10/1981 Gender: M / F
Nationality: Saudi Occupation: Pharmacist
Address: At. Sh. S. Al. Al. Flat. 1001 Phone No. (رقم الهاتف): 059985624
E-MAIL: Sh. S. Al. Al. @gmail.com How did you know about us: From a friend

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|---|--------------------|---|
| العلية الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | X | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟ | X | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | Yes | Seasonal Allergies |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | X | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، 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 مميّعات الدم؟ | X | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا | X | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | X | Asthma |
| 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 تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | X | |
| 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 HIV, HIV ...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط ...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: ١٤ / ١٠ / ٢٠١١



نموذج اقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالمرحاج 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 و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقصدة 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 الجراحية و الجراحية و التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات و ادراك ان 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي الملف صحياً، و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاخ 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: ... / ... /

اسمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs | | | |
|------------------------------|-----|----------------------------|--------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | / |
| | | | Blood Type (نوعية الدم): |
| | | | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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 | Shahla,Saleem,Saleem,,Ahmad | IDN: | 784198621860729 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | ساحلا،سليم،سليم،،احمد | Card Number: | 090696524 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | PAK | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | پاکستان | | |
| Issue Date: | 04/09/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 02/09/2020 | Date of Birth: | 12/01/1986 | Sponsor Name: | القرية الحقيقة لادويه |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 30120182097860 | Residency Expiry: | 02/09/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 2224 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

7/3/2020