



File No:

Date: / /

Date: ... / ... / NOHA
Patient Name:
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 28. / 1. / 1988 Gender (الجنس): M (F)
Nationality (الجنسية):
Address (العنوان):
E-MAIL: mai.tha.abdalla.2010@gmail.com

File Number: 1005029
اسم المريض:
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 05262610109
How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثاً؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟ Allergies هل حساسية؟	No
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو قنصلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا 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: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق وأسبح للطبيب بملاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتقدم 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 و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتقدم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتقدم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتقدم 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 قدمت لي فتحي الملف الصحية و أتقدم ان أي 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

اسفارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للمعيادة Chief Complaint

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQxO

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	Noha, Ali, Salim, Rashid, Al Gharibi	IDN:	784198896903212	Mother Name:	Malikha
Name (Ar)	نهي بنت علي بن سالم بن راشد الغريري	Card Number:	093633194	Mother Name (Ar):	ملكه
Title:		Nationality:	OMN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	سلطنة عمان		
Issue Date:	17/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	17/03/2024	Date of Birth:	28/01/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	10	Occupation Field:	99

Photo



Signature Image

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

05/07/2020

Date 1-8-2020 التاريخ



ORXLL3b00qn8DKZI5Tiw

EI QASIMIYAH

Pay Against
This Cheque to
or Bearer

Orchid Medical Center

Dirhams One Thousand Nine Hundred

Eighteen & Seventy Five Fils Only - # 1918.75/-

ABDALLA HASSAN ABDELRAHMAN MOHAMED ALMULLA
A/C No. 3708413355701
AE23 0340 0037 0841 3355 701

مصرف الإمارات الإسلامية ب.إ.س.ج.
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Signature

Do Not Write Below This Line

٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠

Date 1-9-2020 التاريخ



fMUtes17PCgDApnWbxCu

EI QASIMIYAH

Pay Against
This Cheque to
or Bearer

Orchid Medical Center

Dirhams One Thousand Nine Hundred

Eighteen & Seventy Five Fils Only - # 1918.75/-

ABDALLA HASSAN ABDELRAHMAN MOHAMED ALMULLA
A/C No. 3708413355701
AE23 0340 0037 0841 3355 701

مصرف الإمارات الإسلامية ب.إ.س.ج.
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Do Not Write Below This Line

Signature

٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠٠٠