



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: 11, 7, 2020

Date: ... / ... / File Number: 10202075

Patient Name: Seren S. Kalli. إسم المريض:

Date Of Birth: 03/11/1992 Gender: M / F (الحالة الاجتماعية): Marital Status:

Nationality: TURKEY. (الوظيفة): Occupation:

Address: Seren.0311cont@hotmail.co.uk Phone No. (رقم الهاتف): 0555126523

E-MAIL: Seren.0311cont@hotmail.co.uk 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 اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions HIV, HSV...etc هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	✓	

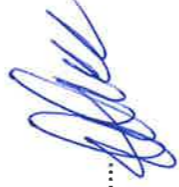
Medical Consent Form

- 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: ... / ... /



نموذج أقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- 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 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمت لي قمتي للملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (الضغط الدم):	/
			Blood Type (دم):
			Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعيات العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Seren,,,Sakalli	IDN:	784199386394946	Mother Name:	
Name (Ar)	سيرن,,,سكالي	Card Number:	096439625	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	تركي		
Issue Date:	13/09/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	10/09/2022	Date of Birth:	27/01/1993	Sponsor Name:	سينك محمد نسيب ساكالي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	60838009
Residency Type:	03	Residency Number:	30120103037240	Residency Expiry:	10/09/2022
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

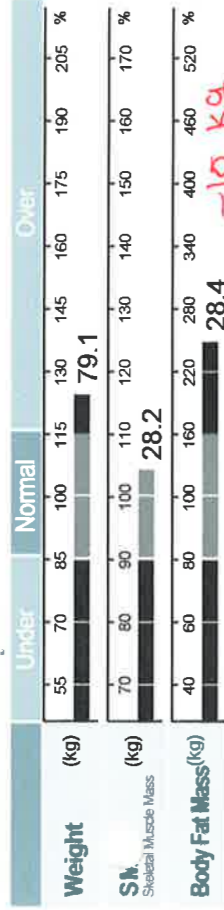
11/07/2020

ID 200711-3 Height 172cm Age 27 Gender Female Test Date / Time 11.07.2020. 15:35

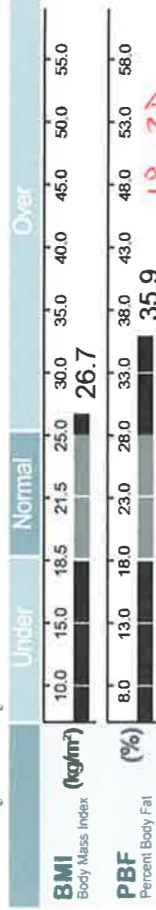
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	37.0 (32.4-39.6)
For building muscles	Protein (kg)	10.0 (8.6-10.6)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.70 (3.00-3.66)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	28.4 (12.7-20.4)
Sum of the above	Weight (kg)	79.1 (54.1-73.1)

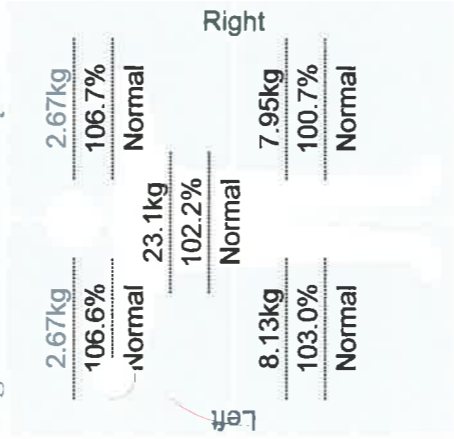
Muscle-Fat Analysis



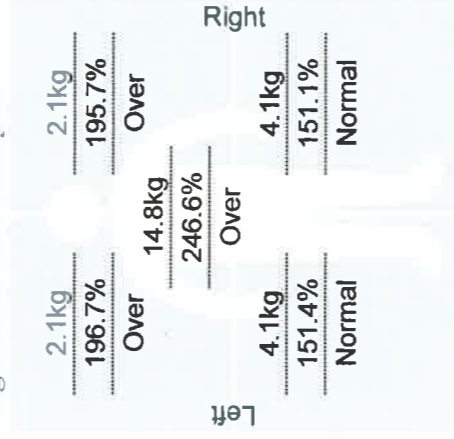
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	79.1
SMM (kg)	28.2

InBody Score

68 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 65.8 kg
 Weight Control -13.3 kg
 Fat Control -13.3 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.97

Visceral Fat Level

Level 13

Research Parameters

Fat Free Mass 50.7 kg
 Basal Metabolic Rate 1465 kcal
 Obesity Degree 124 % (90-110)
 Recommended calorie intake 1895 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	139	Gateball	150
Walking	158	Yoga	158
Badminton	179	Table Tennis	179
Tennis	237	Bicycling	237
Boxing	237	Basketball	237
Hiking	258	Jumping Rope	277
Aerobics	277	Jogging	277
Soccer	277	Swimming	277
Japanese Fencing	396	Racketball	396
Squash	396	Taekwondo	396

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(α) 20 kHz 402.2 402.5 26.3 316.9 299.0
 100 kHz 361.1 362.3 22.1 279.1 264.3