



File No:

Date: 14/7/2020

Date: 14/7/2020

File Number: 1405102

Patient Name: Khaled Ali Mohd.

إسم المريض: خالد علي محمد

Date Of Birth: 13/1/1963

M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية)

Occupation: (الوظيفة)

Address: (العنوان)

Phone No. (رقم الهاتف): 0523731164

E-MAIL: khalid1963@hotmail.com

How did you know about us: (كيف عرفتكم)

| التاريخ الطبي | |
|--|--|
| Medical Condition | الحالة الطبية |
| Recent or current drugs/Medical Treatment | هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟ |
| Corticosteroids/Immunosuppressant | هل تعاطى أيستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟ |
| Allergies | هل لديك أي حساسية؟ |
| Surgical Operations, Serious illness | هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 تتعاطى أي مميعات للدم؟ |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) | انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other | أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease | هل تعاني 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، 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ |
| Thyroid Diseases, Diabetes | هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ |
| Other conditions | هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ |
| HSV, HIV...etc | فيروس الأبتا، 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 اقرار طبي

- أوافق وأسبح الطبيب 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر لي الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمت لي لتضي الغمف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بصالتي 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 (من هم دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... / ١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs | | | | |
|------------------------------|-----|--|-----|--|
| الوزن (البروز): 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 للعيادة Chief Complaint

| | |
|--|-----|
| التاريخ المرضي: Disease History | |
| الحساسية Allergies | N/A |
| الأدوية Medications | — |
| الحمل Pregnancy | — |
| عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى Previous Surgeries, Hospitalization | — |

التدخين (التدخين): Y / N N تعاطي الكحول (الكحول): Y / N N تعاطي العقاقير (Drugs): Y / N N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الملاحظات الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA
cAEAlOEBAa83ODQxO
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 | Khaled,Aly,Mohamed,,Aly | IDN: | 784196337614075 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | خالد علي محمد علي | Card Number: | 099054445 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | EGY | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | مصر | | |
| Issue Date: | 03/03/2020 | Sex: | M | Sponsor Type: | 09 |
| Expiry Date: | 01/03/2023 | Date of Birth: | 16/03/1963 | Sponsor Name: | خالد علي محمد علي دلي دليور سي |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 20120207150663 | Residency Expiry: | 01/03/2023 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 2351 | Occupation Field: | 00 |



Photo



Signature Image