



File No:

Date: ٢٧, ٢٠٢٠

Date: ١٤/٥٢/٢٠٢٠

File Number: ١٥٥٥١٥٨

Patient Name: محمد عبد الله

اسم المريض: محمد عبد الله

Date Of Birth: ١٤/٥٢/٢٠٢٠ Gender: (M) / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: (الجنسية): Saudi

Occupation: (الوظيفة): Engineer

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٢٣٥٨٥٥٥٨

E-MAIL:

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 أذكر بالتفصيل
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment		No	
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant		No	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies		No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟ Surgical Operations, Serious illness		No	
جراحة القلب Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاليت أي مميغيات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		No	
انيميا (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia			
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other			
هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease			
هل أنت حامل؟ هل تعاليت أي ممانع للحمل؟ هل تعاليت من مشاكل في الدورة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems			
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases			
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other			
هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease			
هل تعاليت من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes			
هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ Other conditions			
فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc HSV, HIV...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: 14 / 03 / 2020

نموذج أقرار 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما تكلم لي الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و الإجراءات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكن مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي للملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع 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 ارادتي

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History : التاريخ المرضي:		
Allergies : الحساسية:	NA	
Medications : الأدوية:	ساعة	
Pregnancy : الحمل:		
Previous Surgeries, Hospitalization : عمليات سابقة , افعال للمستشفى:	—	
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N	Drugs (العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings : الملاحظات العامة و السريرية

Examination : الفحص

Radiography : الصور الشعاعية

Diagnosis : التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

