



File No:

Date: 16/7/2020

Date: 16/7/2020

File Number: 1005136

Patient Name: Taghreed N. Waif Hussain

اسم المريض:

Date Of Birth: 01/01/1976 Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية):

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address: S. Hamad Bin Abdulla Bin Ali Bin Hussain

Phone No. (رقم الهاتف): 5.8.89.8.8.0.9

E-MAIL: t.n.alhamad@outlook.com

How did you know about us: N.O

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	لا / نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	لا / نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا / نعم
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا / نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا / نعم
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	لا / نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	لا / نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا / نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا / نعم
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا / نعم
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا / نعم
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا / نعم
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا / نعم
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا / نعم
Other conditions HSV, HIV...etc	هل تعاني 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.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المومل.

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

أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي 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 تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

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

أفهم 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 قضي الملف صحية و أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 اراضي

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



التاريخ: 16 / 07 / 2016

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

.....

UNITED ARAB EMIRATES
MINISTRY OF HEALTH & PREVENTION



الإمارات العربية المتحدة
وزارة الصحة ووقاية المجتمع

البطاقة الوظيفية Employee Card



تغريد إبراهيم
فني مسئول

Taghreed Ibrahim
In Charge Technician



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010250)

Date:20-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005136 - TAGHREED IBRAHIM - 971528898809

The sum of Dhs. Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 52.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-07-2020

Being 1 small filling composite + vat

Made by Reem

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1005136 - TAGHREED IBRAHIM - 971528898809

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail: info@omc1.ae
www.omc1.ae