



File No:

Date: 29, 6, 2020

Date: ... / ... /
Patient Name:
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 28/12/85
Nationality (الجنسية):
Address (العنوان):
E-MAIL:

File Number: 1005170
اسم المريض:
Marital Status (الحالة الاجتماعية): M (F)
Occupation (الوظيفة):
Phone No. (رقم الهاتف): 0521180810
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 تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
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	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	نعم	القولنج
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc	لا	



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 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 ذكر في الحصى 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 تأمين لتنتاج العلاجات 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 تكون مصاحبة للعمليات 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 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 قمت لي قمتي للملف صحية، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاخ 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 وقت علي 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

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسية: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة، دخول المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	
التدخين: Smoking	Y / N
الكحول: Alcohol	Y / N
أدوية: Drugs	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	Sabreen Saber, Ayyash Qadan	IDN:	784198517290361	Mother Name:	
Name (Ar)	صابرين صابر عيش قدان	Card Number:	090724338	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	05/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	01/09/2021	Date of Birth:	08/02/1985	Sponsor Name:	راند محمد صالح قدان
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	04733668
Residency Type:	03	Residency Number:	30120023000447	Residency Expiry:	01/09/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

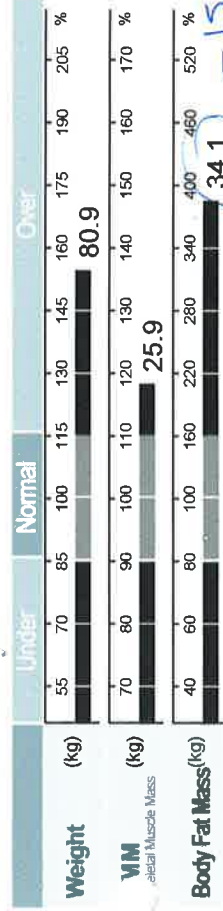
6/20/2020

ID 200620-5 Height 156cm Age 35 Gender Female Test Date / Time 20.06.2020. 15:52

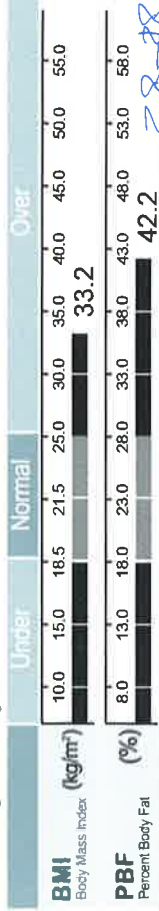
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	34.6 (26.6~32.6)
For building muscles	Protein (kg)	9.2 (7.1~8.7)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.96 (2.47~3.01)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	34.1 (10.5~16.8)
Sum of the above	Weight (kg)	80.9 (44.5~60.1)

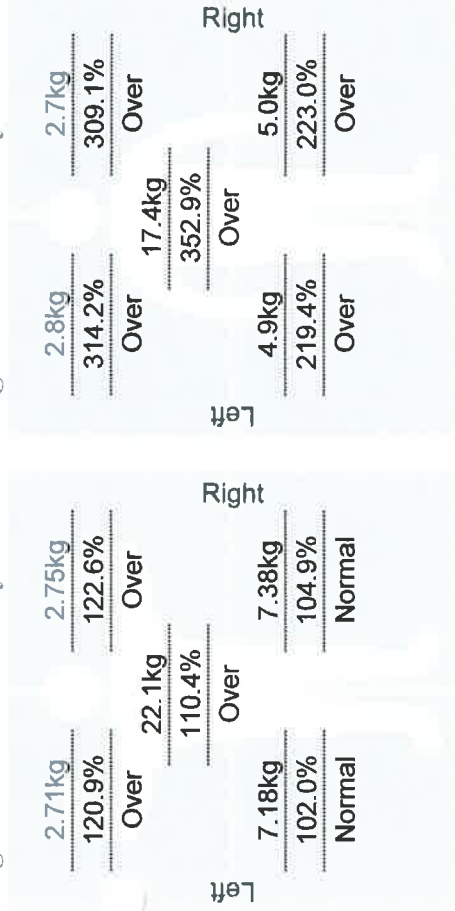
Muscle-Fat Analysis



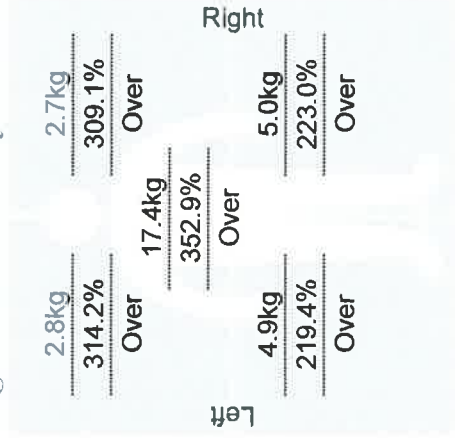
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	80.9
SMM (kg)	25.9

InBody Score

66 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 60.8 kg
 Weight Control - 20.1 kg
 Fat Control - 20.1 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.95

Visceral Fat Level

Level **16** (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 46.8 kg
 Basal Metabolic Rate 1380 kcal
 Obesity Degree 155 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1729 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	142	Gateball	154
Walking	162	Yoga	162
Badminton	183	Table Tennis	183
Tennis	243	Bicycling	243
Boxing	243	Basketball	243
Hiking	264	Jumping Rope	283
Aerobics	283	Jogging	283
Soccer	283	Swimming	283
Japanese Fencing	405	Racketball	405
Squash	405	Taekwondo	405

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

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(Ω) 20 kHz	269.4	272.3	25.9	194.5
100 kHz	240.0	244.7	22.4	174.6

* Segmental fat is estimated.