



File No:

Date: 26/7/2020

Date: ... / ... /
Patient Name: MAHA AHMAD EL SAADI
File Number: 1005244
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 16/11/1965
Gender (الجنس): M / F
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single
Nationality (الجنسية):
Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
Phone No. (رقم الهاتف): 05555576221
E-MAIL: MAHA.A.H.MAD@1965.igmail.com
MAHA star1961@gmail.com
How did you know about us:

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|---|--------------------|---|
| Medical Condition الحالة الطبية | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ | لا | |
| 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 تعاليت من أي امراض؟ | لا | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | لا | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات الدم؟ | لا | |
| Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | لا | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض أخرى | لا | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ | لا | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | لا | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية أخرى | لا | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟ | لا | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ | لا | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ | لا | |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ فيروس الأبتزر، فيروس الحلا البسيط 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 اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بملاحج 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 بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال المعالج 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 المعالجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

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

أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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.

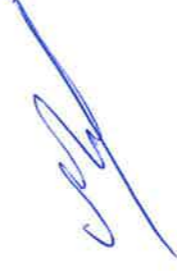
أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي للشف شفوية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

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 دون السن القانونية):

التاريخ: 26... / 7 / 2020



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|-----------------------------|----|-------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نمىة الدم): |
| Pulse (النفس): | ppm | Blood Pressure (مفند الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

| | |
|--|-------------------------------|
| Disease History: التاريخ المرضي: | |
| Allergies: الحساسية: | |
| Medications: الأدوية: | |
| Pregnancy: الحمل: | |
| Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , امحال للمستشفى | |
| Smoking (التدخين): Y / N | Alcohol (الكحول): Y / N |
| | Drugs (تعاقي العقاقير): Y / N |

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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 | Maha,Ahmad,,El Saadi | IDN: | 784196151614102 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | مها احمد,,السعدي | Card Number: | 097119214 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | PSE | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | فلسطين | | |
| Issue Date: | 28/10/2019 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 27/10/2020 | Date of Birth: | 28/11/1961 | Sponsor Name: | لبنى عيسى عبدالحميد |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 97481727 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120193290629 | Residency Expiry: | 27/10/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 10 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

7/26/2020