



File No:

Date: / /

Date: 30.1.2020

امل مزرع اصدر

File Number: 5335

Patient Name: اسم المريض: امل مزرع اصدر

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13.12.1971 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): الشارع الكائن في Phone No. (رقم الهاتف): 596960

E-MAIL:

How did you know about us:

Medical History / التاريخ الطبي		
Medical Condition / الحالة الطبية	Yes/No / نعم / لا	If 'YES' give details / اذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment / هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	عذرة ربي
Corticosteroids/Immunosuppressant / هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		
Allergies / هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness / هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	عذرة ربي
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 مميعات للدم؟	نعم	ارتفاع ضغط
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) / انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other / امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease / هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems / هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases / التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other / قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease / هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes / هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions / هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc / فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط	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 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 تأمين لنتائج 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم 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 لدي فتحتي للملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

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

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Amal Farg,,,Ahmed Farg	IDN:	784197127902696	Mother Name:	
Name (Ar)	أمل فرج,,,أحمد فرج	Card Number:	091419309	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	23/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	21/10/2020	Date of Birth:	19/04/1971	Sponsor Name:	هشام اسماعيل السيد السباعي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	30190427
Residency Type:	03	Residency Number:	20120063080526	Residency Expiry:	21/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image