



File No: .....

Date: / /

Date: ... / ... / .....

File Number: .....

1055358

Patient Name: .....

إسم المريض: هادي هادي هادي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 27/3/1977

Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) .....

Nationality (الجنسية): .....

Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0547204416

E-MAIL: Halim30\_5@Yahoo.com

How did you know about us: Patient

| 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؟  |                 | دواء نيكوم / زولوفنت                                     |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | ✓               |  |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟   | ✓               |  |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | نعم             |  |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | ✓               |  |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | ✓               |  |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكميا (فقر الدم)   | ✓               |  |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى   | ✓               |  |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | ✓               |  |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟  | ✓               |  |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | ✓               |  |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | ✓               |  |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | ✓               |  |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  | ✓               |  |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط  | ✓               |  |



### 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 الاضافية 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو النورم 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 قدمته لدي فتحي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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) (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

## Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

### Vital Signs المؤشرات الحيوية

|                 |     |                            |    |                          |
|-----------------|-----|----------------------------|----|--------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (نميلة 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<br>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

cAEAIOEBAA83ODQxO\*

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**

|                        |                    |                          |                 |                          |                      |
|------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Name</b>            | Hind,Majid,,Salman | <b>IDN:</b>              | 784197752520870 | <b>Mother Name:</b>      |                      |
| <b>Name (Ar)</b>       | هند ماجد,,سلمان    | <b>Card Number:</b>      | 090848593       | <b>Mother Name (Ar):</b> |                      |
| <b>Title:</b>          |                    | <b>Nationality:</b>      | IRQ             | <b>Family ID:</b>        |                      |
| <b>Title(Ar):</b>      |                    | <b>Nationality (Ar):</b> | العراق          |                          |                      |
| <b>Issue Date:</b>     | 16/09/2018         | <b>Sex:</b>              | F               | <b>Sponsor Type:</b>     | 03                   |
| <b>Expiry Date:</b>    | 14/09/2021         | <b>Date of Birth:</b>    | 27/03/1977      | <b>Sponsor Name:</b>     | محمود فزع علي الراوى |
| <b>Marital Status:</b> | 02                 | <b>Husband IDN:</b>      |                 | <b>Sponsor Number:</b>   | 0195932837           |
| <b>Residency Type:</b> | 03                 | <b>Residency Number:</b> | 20120183361036  | <b>Residency Expiry:</b> | 14/09/2021           |
| <b>ID Type:</b>        | IL                 | <b>Occupation:</b>       | 11              | <b>Occupation Field:</b> | 00                   |

Photo



Signature Image



## ورقة الموافقة على البوتكس


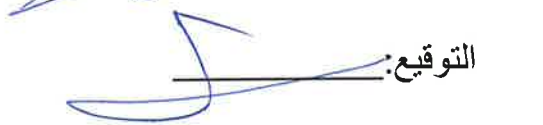
التاريخ: \_\_\_\_\_

أنا السيد/السيدة كهنه ماجد الكمال أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بألم وحرق وتيبس وتورم وزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.  
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تنميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.  
الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.  
إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق  
نعم لا

التوقيع:   
التوقيع: 

اسم المريض: كهنه ماجد الكمال  
اسم المعالج: د. هادي