



File No: 1005445

Date: 15/8/2020

Date: 15/8/2020

File Number: 1005445

Patient Name: سعيد محمد كلبي سعيد Date Of Birth: / / Gender: M / F Marital Status: Nationality: Occupation: Address: Phone No.: E-MAIL: How did you know about us:

Medical History التأريخ الطبي		If 'YES' give details اذا كانت الايجابة نعم انظر بالتفصيل
Medical Condition	Yes/No نعم / لا	
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى اي ادوية او تلقى اي علاجات حديثا؟	Y	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى اي سترويدات او مثبطة للمناعة؟	Y	
Allergies هل لديك اي حساسية؟	Y	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	Y	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حصى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Y	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التزيف او تتعاطى اي مميعات للدم؟	Y	
Anemia, Leukemia انيميا (فقر الدم)، لوكيميما (سرطان الدم)	Y	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Y	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	Y	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Y	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	Y	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	Y	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	Y	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	Y	
Other conditions فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط HSV, HIV...etc	Y	



Medical Consent Form

نموذج اقرار طبى

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

انفهم ان بعض الاجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدى بالعلاج الامثل والخدمة الافضل.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

انفهم انه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مخففة من تلك المخطط لها.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.

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.

اقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات والاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما انفهم الاخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالي المرضية.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.

انفهم تماماً كافة الاخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والاجراءات العلاجية والجراحية.

I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية والجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب او التورم او التزيف او التهاب او الحساسية.

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.

انفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسد بالكامل قبل الانتهاء من الملاج.

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.

اقر ان كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحي للملف صحية، و انفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

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.

اقر ان لدى 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 بكل ارادتي

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

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

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

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History التأريخ 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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Examination (التحصص)

Radiography (الصور الشعاعية)

Diagnosis (التشخيص)

PATIENT NAME:

FILE NO#:





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010842)

Date:15-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005445 - SAIF MOHAMMED ALMAZROUEI - 971508010052

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-08-2020

Being 1 cons + vat

Made by Rana

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 : 1005445 - SAIF MOHAMMED ALMAZROUEI - 971508010052

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

www.omc1.ae