



File No: 1005456

Date: 5, 8, 2020

Date: ... / ... / File Number: 1005456
Patient Name: Omar Ahmad اسم المريض: عمر أحمد
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 26 / 7 / 1986 Gender (الجنس) (M) / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0503064698
E-MAIL: How did you know about us:

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة ... ابتسامة ... جمال
Health ... Smile ... Beauty

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 المزمّل

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 الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة من عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و ادرك أن بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي للملف صحيحة. و اتفهم ان اي 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 (لن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2020 8 15
..... / /

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

.....

Treatment Plan خطة العلاج

[Faint, illegible text in the main body of the page, likely bleed-through from the reverse side.]

Doctor's Signature and Stamp

.....

