

المعنى مالسبا ... معنى المعنى الم

File No: 1005473

Date: 17/8/2020

| Date: 1.7/8/.2.6.20 | File Number: 100 54 73 |
|--|--|
| Patient Name: 2man hussain, almulla | إسم العريض : |
| Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : 3. / . أ. / . أيل الجنس) : M | Marital Status:(المالة الاجتماعية)كسراكسرا |
| Nationality (الجنسية): Occupation (الجنسية): (الجنسية) | |
| Address (المنوان): (المنوان) | Phone No. (يقم الهاتف):0.5299.0.667. |
| E-MAIL: | How did you know about us: |
| Modical History | |

| التاريخ العلبي Medical History | | | |
|--|--------------------|--|--|
| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details ذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتقصيل | |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى اي ادوية او تتلقى اي علاجات حديثًا؟ | VB | | |
| Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات او مثبطات للمناعة? | No | | |
| هل لديك أي حساسية؟ Allergies | NO | | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل اجریت أي عملیات جراحية او تعاني من اي امراض؟ | No | | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | No | | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك از تفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى أي مميعات للدم؟ | No | | |
| انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | No | | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صندریة، ازمة تنفسیة، الثهاب فی القصبات، السل، امراض اخری | No | | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلي او امراض بولية او تناسلية؟ | No | | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | No | | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوباني ، الصغراء، اي امراض كبدية اخرى | NO | | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟ | NO | | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرح او اي امراض في الجهاز المصبي؟ | No | | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟ | N_{\bigcirc} | | |
| هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ Other conditions فيروس الإيذز، فيروس الحلا البسيط HSV, HIVetc | 1/8 | | |



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 المذهل،

أتقهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الافضل.

أتقهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القحص الأولى 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.

اقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات النتاجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضعة.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقحوصات والاجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتقهم 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 لدى فتحي للملف صحيحة. و انقهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستيقى سرية تعاما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

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

التاريخ: ۱٦ ١٦



استمارة تقييم المريض Patient Assesment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| Weight (البرزن): | Kg | Height (المول): cm | Blood Type (نصيلة الدم): |
|------------------|-----|------------------------------|--------------------------|
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): / | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

| التاريخ المرضي: Disease History | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------|
| Allergles العساسية | non-year and and and an annum | |
| الأدوية Medications | | |
| Pregnancy المبل | | |
| Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى | | |
| Smoking (التدخين): Y / N | Alcohol (تعاطي الكمول) : Y / N | Drugs (تماطي العقاقير): Y/N |

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشفيص Diagnosis



Emer 1005473.

PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE | TREATMENT | PAYMENT BALANCE | SIGNATURE |
|---------|--------------------|-----------------|-----------|
| 12/8/10 | Nose piercing done | | Rec |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Piercing Consent Form

| Clinic Name; | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Clinic Address; | | | | |
| | Ctiv | | Country | ; |
| Customers Name; | | | | |
| Date of Birth: / / | | if under 24 month | s old, had their vaccinati | ion shots: Y N |
| CustomerAddress: | - | | | |
| Mobile; | E-mail: | | | |
| Sterilization Lot Number | Product Code: | | | |
| I hereby authorized to have my / my child / my grandchild limiting or reducing post piercing problems during aftercare, By my sign | ature below, I declare the follo | wing; | | |
| I/He / She is not under the care of Medical Doctor, I / He / She do not suffer from Diabetes, Epilepsy, He prescribe medication such as blood thinning medication. | | | | |
| ! am not under the influence of drugs or alcohol. I a | am not pregnant. | | | |
| I have been informed about the piercing procedure understand that after piercing care procedure varie have noted the differences. | e and given a copy of piercing as depending on whether the | after care Instructio piercing is of the ea | ns, which I have read and r lobe / ear cartilage / no | d understand. I ose or belly / navala |
| I understand that the possibility or infection may endue to a failure to carefully follow to recommend A | | metal sensitivity or | other causes, however t | he most common is |
| I understand and accept that ear piercing in the ea of piercing the area of the ear and I knowingly acce | ept this risk. | | | |
| i understand that due to the nature of the piercing, exactly in a state of the piercing i | | to certain environme | ents such as swimming an | d participation in |
| I will follow Piercing after Care Procedure | | | | |
| In case of belly/naval piercing, I am aware that my | | | | |
| I am over the age of or consent on behild understand that a minor signing as commits an act | | of consent, that I an | i the parent or legal guar | dian of such minor |
| By signing this Piercing Consent Form, I hereby acknowledge that I | understand the AFTERCARE | procedure and the r | isk of infection. Knowing | the risks, I consent to |
| having my/ daughter / sonpierced | by a medical professional of | this clinic and as co | nsideration for the clinic | agreeing to pierce my |
| that may be associated with this piercing procedure. If signing as part | the extent permissible by law | w I willfully assume | an responsibility for mu hold myself liable and w | rill indemnify the clini |
| and its staff/s, manufacturer, importers, distributor, promoters and wi | III further understand that ma | king a false stateme | nt constitutes an act of fra | ud. |
| Customer/ Parent/ Legal guardian Signature (if customer is under the | a legal ago this must be signe | Date: | gal guardian) | |
| Customer/ Parent/ Legal guardian Signature (if customer is under thi | e legal age, this most be signe | | | |
| As died Besseries | | Date: | | |
| Medical Professional. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

man

Clinic file copy, keep safe for customer records, attached products sterilization reference here.