



File No: ١٥٥٥٥٨٦

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: ١٥٥٥٥٨٦

Patient Name: تيم السليبي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٢٠١٧/١١/٢٧ Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): ١ ستاروس Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥٥٥٦٥٤٥

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 أمراض؟ | ✓ | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease | جراحة قلب، 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 مميعات للدم؟ | ✓ | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) | انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | ✓ | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other | امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، 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 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،

اتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.

اتفهم 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 اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

اتفهم 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 اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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

