



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1005901

Date: 26 / 9 / 2020

Date: 26 / 9 / 2020

File Number: 1005901

Patient Name: Pratul Barve
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14 / 10 / 1995 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single
Nationality (الجنسية): India Occupation (الوظيفة): Piping Engineer
Address (العنوان): Times Ruby Hotel Phone No. (رقم الهاتف):
E-MAIL: barve.pratul.5@gmail.com How did you know about us: Online

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



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: 26/09/2020

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 الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما 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

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 للملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة 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

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-011837

Date: 26-09-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005901 - PRAFFUL BARVE - 971504281712**The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **CONSULTATION + 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

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