



NEW PATIENT REGISTRATION FORM

استمارة بيانات مريض جديد

Name: _____ **الإسم:** _____
(Last) العائلة (Middle) الثاني (First) الأول
Date Of Birth: ____/____/____ **تاريخ الميلاد:** ____/____/____
CPR. No.: _____ **رقم البطاقة الشخصية:** _____
Gender: Male Female أنثى ذكر **الجنس:** _____
Marital Status: Single Married **No of kids:** _____ **عدد الأطفال:** _____ متزوج أعزب **الحالة الاجتماعية:** _____
Mobile Phone: _____ **Home Phone:** _____ **هاتف المنزل:** _____
E-mail: _____ **البريد الإلكتروني:** _____
Blood Group: _____ **فئة الدم:** _____
Allergies: _____ **حساسية الدواء:** _____
Reason for the visit: _____ **سبب الزيارة:** _____

Do you have: high Cholesterol Heart disease مرض القلب كولسترول **هل لديك:** _____
 Diabetes Kidney disease Others: _____ أمراض أخرى: _____ مرض الكلية السكرى
 Hypertension Liver disease _____ مرض الكبد ارتفاع ضغط الدم
 Thyroid Epilepsy _____ صرع الغدة الدرقية

Names of Medications: _____ **أسماء الأدوية:** _____

Tobacco: Yes No لا نعم **تدخين:** _____

Surgeries: _____ **العمليات الجراحية:** _____

In Case of Emergency, Please Notify: _____ **في حالة الطوارئ يرجى الاتصال ب:** _____
Name: _____ **Phone:** _____ **الإسم:** _____ **الهاتف:** _____

General consent
By signing here, I authorize Dr Wiam clinic to treat and provide care.
I understand all the above information is necessary for better quality treatment
and all the information above are accurate and complete.

الموافقة العامة
من خلال التوقيع هنا، أفوض عيادة الدكتور وئام لعلاج وتوفير الرعاية.
أنا أفهم كل المعلومات الواردة أعلاه ضرورية لتحسين نوعية العلاج
وكافة المعلومات المذكورة أعلاه هي دقيقة وكاملة.

Signature of patient: _____ **توقيع المريض:** _____

Date: ____/____/____ **التاريخ:** ____/____/____

To Be Completed by Registration Staff

File No: _____

Please attach a photo ID copy