



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Date: 2017/10/10

File No#: 10000 24

Patient Name: Ali Salameh Izzeddin علي سلامة عز الدين

Date of Birth (التاريخ الميلاد): 1988/04/24 Gender (الجنس): (M) F

Nationality (الجنسية): Jordan

Occupation (الوظيفة): IT

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج

Phone No. (الرقم الهاتف): 0555-88 0558

Contact Person in Case of Emergency: Dr. Abdelhadi

How Did You Know About Us? Dr. Abdelhadi

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	NO
	Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	NO
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	NO
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	NO
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	NO
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيدات الدم؟	Yes/No نعم / لا	NO
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)	Yes/No نعم / لا	NO
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، آزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	NO
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	NO
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي دواء للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	NO
GI	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	NO
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	NO
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	NO
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	NO
Other	Other conditions (أي أمراض أخرى؟) HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	NO

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000024 Date: 10/10/2017

Patient Name: Ali Ezzedine اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 24/6/1988 Gender (الجنس): M F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Married

Chief Complaint: Pain on the left upper side
preventing him from sleeping

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y N Alcohol: Y N Drugs: Y N

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

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 such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الاجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وإنأأتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.


2017/12/10

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

Card Holder Information

Name	Ali,Salameh,Saeed,izzeddin	IDN:	784198880736545	Mother Name:	
Name (Ar)	علي،سلامه،سعيد،عزالدين	Card Number:	084220189	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	JOR الأردن	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	06
Issue Date:	07/07/2017	Date of Birth:	24/06/1988	Sponsor Name:	انديال سوفت الامارات ذ م م
Expiry Date:	27/06/2019	Residency Number:	10120132146860	Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Occupation:	2132	Residency Expiry:	27/06/2019
Residency Type:	02			Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

10/10/2017

SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: **ORCHID MEDICAL CENTER**

Date of issue **10/oct/2017**

Cert No: **OMC1/2017/1002**

Patient's Name: Ali salameh Izzeddin	File Number:
Age : 29	Sex : MALE


Unfitness

This is to certify that the above patient visited **DENTAL CLINIC on /SEP //2017**

The patient is unfit to work from **10 /oct//2017 till 10 /oct //2017**

Diagnosis: Acute pulpitis

Comments:

Doctor's Name: dr.abdulhalim almardawe	License Number : D38021
Signature : 	Stamp :

Notes :

- 1- Certificate is invalid if any correction are made.
- 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped.
- 3- Certificate is issued at patient's request

للاستعمال الرسمي : تصديق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور المرخص من قبل وزارة الصحة دون تحمل إدارة منطقة الشارقة الطبية اي مسؤولية من محتويات هذا التقرير (اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية)