

File No#: 100029 Date: 21/10/2017 اسم المريض: _____
 Patient Name: Waleed Kawi Izzeldin
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 23.07.1993 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation (الوظيفة): IT
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (رقم الهاتف): 0565499142
 Contact Person in Case of Emergency: 0506259744
 How Did You Know About Us? Dr. Babalwain

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

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000029 Date: _____

Patient Name: Waleed Hani Izzeldin اسم المريض: _____

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 23/7/1993 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Unmarried

Chief Complaint: food is stuck between teeth in upper right side

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Patient is young and healthy, No abnormalities

Clinical Findings: Nothing Abnormal



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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 الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم 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 هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية و أتفهم احتمالية حدوث عوى 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

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

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ: 21.10.2017

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm 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	Waheed,Hani,Mahmoud,,Izzeldcen	IDN:	784199397562734	Mother Name:	
Name (Ar)	وليد هاني محمود , عز الدين	Card Number:	084776090	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	06/08/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	02/08/2019	Date of Birth:	23/07/1993	Sponsor Name:	جلف ماركتينج حروب
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120152493344	Residency Expiry:	02/08/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2411	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/21/2017



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000836)

Date:02-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000029 - Waleed,Hani,Mahmoud,,Izzeldeen - 971565499942

The sum of Dhs. Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-07-2018

Being

Made by Nancy

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