



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000030

Date: 21/10/2017

اسم المريض:

Patient Name: Mohammad Izzidin

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 24/12/1977 Gender (الجنس): (M) F

Nationality (الجنسية): سعودية Occupation (الوظيفة): S. Data manager

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج Phone No. (رقم الهاتف): 0503629455

Contact Person in Case of Emergency: Yesmeera MUSA

How Did You Know About Us? Dr. Abdelhakim

| | Medical Condition الحالة الطبية | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|-------|---|--------------------|---|
| | Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حثيثاً؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| | Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| | Allergies هل لديك أي حساسية؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| | Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| 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 | ⊗ |
| | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| | Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، وليميا (سرطان الدم) | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| RS | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| GU | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| | Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطى أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| GI | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| CNS | Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| ENDO | Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | Yes/No نعم / لا | ⊗ |
| Other | Other conditions (أي أمراض أخرى؟) HIV, HSV...etc | Yes/No نعم / لا | ⊗ |

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 100 0030 Date: 21/10/2017

Patient Name: Mohammed Salameh Izzidin اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 24/12/1977 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Married

Chief Complaint: a filling is broken and pain with swelling and mastication

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: pt looks normal

Clinical Findings: Nothing Abnormal

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO*

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 | Mohammed,Salameh,,,Said Izzidine | IDN: | 784197713965792 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | محمد سالمه صبيح عز الدين | Card Number: | 080412193 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | JOR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | الأردن | | |
| Issue Date: | 12/10/2016 | Sex: | M | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 11/10/2018 | Date of Birth: | 24/12/1977 | Sponsor Name: | استوديو ومحللات السلام ثم م م |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120032192939 | Residency Expiry: | 11/10/2018 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 2131 | Occupation Field: | 15 |

Photo



Signature Image

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

10/21/2017



مركز أوركييد 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 الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم ان من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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 انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما اتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية، و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان 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 الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

