



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000040

Date: 11/11/14

Patient Name:

اسم المريض:

Dama Alghar

Date of Birth:

11/11/14

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية):

عربية

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

متاه

Phone No. (رقم الهاتف): 9022325

Contact Person in Case of Emergency:

طاهر لفر

How Did You Know About Us?

سلكنا البنية - المايه

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كنت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم	لا
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No نعم / لا	لا
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	لا
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No نعم / لا	لا
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية، أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	لا
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكر أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000640 Date: 11/11/2017

Patient Name: _____ اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 30/11/2008 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Un married.

Chief Complaint: Caries in Teeth الأسنان

السجل الطبي
Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Patient has nothing Remarkable.

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 أسمح 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 نكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

• أقرض 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 هنالك 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 هنالك 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 الإطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر أنني امتلك 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:

توقيع الطبيب المختص:

٢٠١٨/١١/١٤



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001868)

Date:01-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000040 - dana alghar - 971559022325

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 250.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-12-2018

Being

Made by FATEN

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