



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 100055

Date: 28/11/17

اسم المريض:

Patient Name: Laith Shamal

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/10/2013

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): سوري

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 544455418

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? Rami Shamal

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

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 ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

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

• أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

• أتفهم ان 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 تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر اني امثلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: _____ Date: _____

Patient Name: _____ اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____ Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: _____

Chief Complaint: _____

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyM

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	Laith,,,Shomal	IDN:	784201383048317	Mother Name:	
Name (Ar)	ليث,,,شومل	Card Number:	082515568	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	HRV	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	كرواتيا		
Issue Date:	15/03/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	01/03/2019	Date of Birth:	07/10/2013	Sponsor Name:	فدوى شومل
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	11514495
Residency Type:	03	Residency Number:	20120143035723	Residency Expiry:	01/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

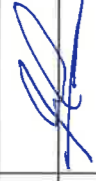
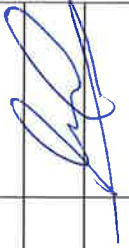
No signature / بدون إمضاء

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

11/29/2017

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
19/11/17	Pulpotomy E	150		
	Patient didn't show up in his appointment & came up later with pain and no cooperation.			
2/1/18	another appointment for behaviour management			
	we			
	pulpectomy			
	first visit but we don't complete because he is not cooperative			
	we put eugenol → cotton			
				O. Amir

د. اميرة حسن
 Dr. Amira Hassan
 ممارس عام - طبيب استنان عام
 G.P General Dentist
 ترخيص رقم: D57288
 MOH License No.: D57288
 مركز أوركيذ الطبي
 Orchid Medical Centre