

File No#: 1000079

Date: 12/12/17

اسم المريض:

Patient Name: Jaber Al Tamimi

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 13/6/1991

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Jordanian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): married

Phone No. (رقم الهاتف): 056787877401

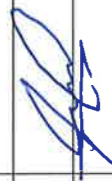
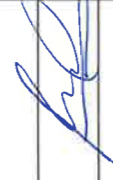
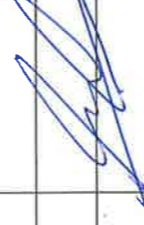
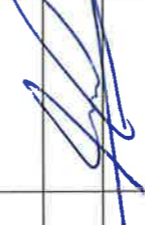
Contact Person in Case of Emergency: 0506887678

How Did You Know About Us? Orchard Pharmacy

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أكثر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	
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	
	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 (فقر الدم) (سرطان الدم) Leukemia انيميا (فقر الدم) (سرطان الدم) (سرطان الدم) Leukemia	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 تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions: فيروس أخرى؟ أمراض أخرى: HIV, HSV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	Yes/No نعم / لا	

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
12/12	Consultation - Appointment for RCT Next day			
28/12	Pt didn't show up and came back in pain. - RCT access and devitalization <u>1200</u>	<u>800</u>	400	
10/1	Mechanical Preparation M:19 D:20 P:21 30 30 35			
11/2	- Pt had a flare up & infection M:19 D:19 P:20 - Antibiotics prescribed			
26/2	Obturation + Final Filling (Prepaid)			
11/17/2018	Final Composite filling 2 Surfaces 15	250	150	

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 التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

• وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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 الطبية.

• أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان 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 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 تماما ولا يمكن الإفلاع عليها دون موافقتي.

• أقر اني امتلاك 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:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

250.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000889)

Date: 11-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000079 - Tahreer, Al Tamimi - 971567877901

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: 11-07-2018

Being

Made by Ghada

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