



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000088

Patient Name: ABLA KAMAL

Date: 16/12/2017

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 25/11/62

Gender (الجنس): M (F)

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة): Lawyer

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

Phone No. (رقم الهاتف): 0561897466

Contact Person in Case of Emergency: 056624761

How Did You Know About Us? Friend - Abla

	Medical Condition	الحالة الطبية	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	For Migraine
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No لا/نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No لا/نعم	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعافى من أي أمراض؟		Yes/No لا/نعم	
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 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)، لوكيميا (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 تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية، أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...إلخ		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 أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المعزول.

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 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم 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 عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن هناك رسوم بالأدنى 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 امتلاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:


16/12/2017

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 10000 Date: 16/12/2017

Patient Name: Abla Kamal اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 25/11/1962 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: _____

Chief Complaint: Pain with cold on the right side

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

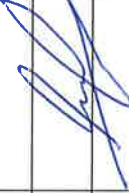
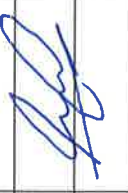
Habits: Smoking: Y/N _____ Alcohol: Y/N _____ Drugs: Y/N _____

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Nothing Abnormal

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
16/12	Sealing Only	100	200	
	Curroffage ✓	100 Hada 200	Ø	
23/12/2016	Preparation for E-Max Parcelain crowns 5.4	1800		
	<div data-bbox="816 1102 994 1396" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> د. عبدالحليم المرادوي Dr. Abdul Haleem Al Mardawi معارض عام - طبيب اسنان عام General Practitioner Dentist ترخيص رقم: D388021 مركز اوركيد الطبي - Orchid Medical Centre </div> 900 x 2 A3			
28/12	Cementation of 5.4 ✓	-		
17/1	Composite Filling class 1	200	Ø	
	8			
28/12/2018	مراجعة			

REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQXO*

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	Abla,Kamal,Tawfik,Badwy	IDN:	784196261646028	Mother Name:	
Name (Ar)	عبله كمال توفيق بدوي	Card Number:	085240259	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	07/09/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	04/09/2019	Date of Birth:	25/11/1962	Sponsor Name:	علاء كمال محمد علي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	10733885
Residency Type:	03	Residency Number:	10120133074804	Residency Expiry:	04/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/16/2017