



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 10001014 Date: 23-12-2017 اسم المريض:  
Patient Name: Mohamed Faraj Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 23/3/1983 Occupation (الوظيفة):  
Nationality (الجنسية): Syrian Phone No. (رقم الهاتف): 0559992641  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married  
Contact Person in Case of Emergency: كان البناء  
How Did You Know About Us? كان البناء

	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 سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	✓
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	✓
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت 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 للدم؟	Yes/No لا/نعم	✓ اصابة
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	✓
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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	✓
	<b>*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems</b> هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 تعالين من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	✓
Other	Other conditions? HIV, etc هل تعالين من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV, etc	Yes/No لا/نعم	✓

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000104 Date: 23-12-1983

Patient Name: Mahmoud Kanjo اسم المريض: \_\_\_\_\_

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 23/3/1983 Gender (الجنس): (M) / F

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Marital Status: Married

Chief Complaint: Maryland Bridge. Fallen & he  
want to cement  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO'

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	Mohamed,Rayad,,,Kanjo	IDN:	784198360986206	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد رباح كنجو	Card Number:	084760304	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	06/08/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	13/06/2019	Date of Birth:	23/03/1983	Sponsor Name:	تكميل الشحن و الخدمات البحرية ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120062348887	Residency Expiry:	13/06/2019
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00



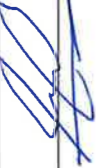

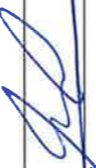


Photo

Signature Image

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

12/23/2017

Patient Name: Mohamed Hajjo FILE NO# 1000/04

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
23/12	Scaling & Polishing 200 Composite Filling 200	200 200	0	
26/12	Caries control Class 1 7 (Composite) Caries control Class 2 6 (Composite) Access for endo 5	200 + 250 + 600 +		
	<u>1050</u>			
		600	450	
		21/11/17	3/11/2018	
30/12	Mechanical Preparation 19 mm	-		
3/1	Obturation - 19 mm file 40	-		
8/1	Final Filling			
28/1/2018	Composite Filling Class I 2	200	0	

### 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 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناتجة 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 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 اني امالك 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: 2017-12-13

توقيع الطبيب المختص: