

File No#: 100109 Date: 26/12/2017 اسم المريض:

Patient Name: Fatima Zinam

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

Nationality (الجنسية): Morocco

Marital Status (الحالة الاجتماعية): married Phone No. (رقم الهاتف): 052-1704333

Contact Person in Case of Emergency: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? فليز - برج الكافور - 1

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	Yes/No نعم / لا	⊘
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	⊘
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	⊘
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No نعم / 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 نعم / 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	⊘
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	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	نعم
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	⊘
	<b>*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems</b> *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملحق للحمل؟ هل تعانين 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	⊘
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	⊘
Other	Other conditions: فيروس أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط	Yes/No نعم / لا	⊘

لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

File No#: 1000109 Date: \_\_\_\_\_

Patient Name: Fatima اسم المريض: \_\_\_\_\_

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

How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

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

Marital Status: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: Bleeding Gums  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

السجل الطبي Medical History

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: None  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clinical Findings: None

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO\*

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	Fatiha,Zinoun	IDN:	784198397286372	Mother Name:	
Name (Ar)	فتيحة زينون	Card Number:	077338470	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	06/03/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	22/02/2018	Date of Birth:	23/03/1983	Sponsor Name:	ارلين بورغ للمقاولات العله
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	10120162009820	Residency Expiry:	22/02/2018
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/25/2017

### 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 أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر 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 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 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر أنني 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:

توقيع الطبيب المختص:

*Fatima Zinara*  


