

File No#: 1000111

Date: 26/12/17

اسم المريض:

Patient Name: Abo Jabbar / Amnah Akmal

Date of Birth: 18/7/1975

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 055-5777930

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? عيادة الوصل - انصرام

	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 دوية 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 تعقي من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No لا/نعم	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعة للدم؟	Yes/No لا/نعم	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	حصص صغيرة
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مئج الحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions HSV, HIV...etc	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 المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وإنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتائج 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 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك 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#: 1000111 Date: 26/12/2017

Patient Name: Ammach Akouh 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: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____



مركز أوركيب د الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: _____

United Arab Emirates
Driving License
دولة الإمارات العربية المتحدة
رخصة قيادة

990303
رقم الرخصة
الاسم
هشام محمد الكاوي

Name: **Ammech Mohamad Akoul**
الجنسية
سوريا

Nationality: **Syria**
تاريخ الميلاد
18/07/1976

Date of Birth: **18/07/1976**
تاريخ الاصدار
24/10/2001

Issue Date: **24/10/2001**
تاريخ الانتهاء
19/11/2021

Expiry Date: **19/11/2021**
جهة الاصدار
Dubai


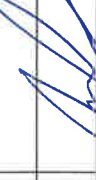
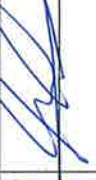
Place of Issue: **Dubai**

السلطة المختصة
Road4Me
Driving Authority



FILE NO#

Patient Name:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
27/10/2017	Consultation Take impression for Study	18000 -500 27/10/17	17500	
	Zircon Zahn veneer 5 1 1 ~ S 5 1 1 ~ S 18000			
28/10	Preparation of 321 12345 for zircon zahn crowns			
	54 54321 12345	Balance 17500 28/10/17	Balance 8000	
	Zircon zahn veneer			
2/1/2018	cementation 8000 DHS 2 cheque 4000 each first one on 2/2/2018 second one on 2/13/2018			
19/3/2018	Scaling & Polishing			
19/9/18	Sealing & Polishing done			

د. عبدالحليم المرادوي
 Dr. Abdul Haleem Al Mardawi
 ممارس عام - طبيب أسنان عام
 General Practitioner Dentist
 رقم الترخيص: D36021
 MOH License No.: D36021
 مركز أوركيد الطبي
 Orchid Medical Centre

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	Ammach, Mohammad,,,Akool	IDN:	784197586070860	Mother Name:	
Name (Ar)	عائل محمد العاقل	Card Number:	080728556	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	03/11/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	01/11/2019	Date of Birth:	18/07/1975	Sponsor Name:	جزيرة الأوران لعقارات البكور
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120077049398	Residency Expiry:	01/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2413	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/27/2017

أشهد أنا عينا شيا
أوركيد الطبي للحصول على علاج تجميلي لأسناني باستخدام تركيبات الزيركون التجميلية.

و أقر بأن طبيب الأسنان المعالج قد شرح لي ما يلي:

١- ان العلاج بتركيبات الاسنان المصنوعة من الزيركون قد يتطلب حف أو تخشين سطح الأسنان لاستقبال التركيبات. و انه من الخطوات المهمة لاستقبال الاسنان للتركيبات. و ان التحضير للعلاج يجب ان يكون بالحد الأدنى و تحفظا قدر الامكان للحفاظ على مادة السن.

٢- حف الأسنان قد يتسبب بحساسية للأسنان مؤقتاً بسبب بعض النقاط المكشوفة و يجب الاتصال بالطبيب في حال استمرت الحساسية مطولاً .

٣- يتعهد المركز باستبدال تركيبات الزيركون التي تتعرض للكسر أو التفتت أو السقوط إذا كان ذلك بسبب مواد الاصاق او التركيب او اي خطأ مخبري. ولا يشمل ذلك سوء الاستخدام مثل العض على مواد حادة او قضم مواد قاسية أو تغير في قوة العضة أو أي أسباب خارجية عن إرادة الطبيب و المختبر.

٤- لقد تمت مناقشة الحالة بالكامل مع الطبيب المختص و تمت مناقشة الشكل المطلوب للأسنان و درجة اللون المناسبة للمريض و تم تفويض الطبيب للاشراف على ذلك واتخاذ الخيار الانسب مع أخذ درجة لون الأسنان و العوامل الصحية و الطبية بعين الاعتبار.

٥- لا يمكن ضمان مدة التركيبات وذلك بسبب اختلاف العوامل الفردية و العادات من مريض إلى آخر و مع ذلك يتعهد المركز بتقديم ضمان لاستبدال او اصلاح تركيبات الزيركون المتضررة ضمن مسؤولية المركز في اي وقت مدى الحياة.

٦- علاج الاسنان بالتركيبات التجميلية يتطلب العناية الكاملة من المريض بصحة الأسنان و اللثة. و اتباع تعليمات الطبيب بتنظيف الاسنان بالطريقة السليمة باستخدام الفرشاة و خيط تنظيف الأسنان. و للمريض الحق بالزيارة المجانية لتنظيف الأسنان من الجير و الاصابة كل ٣ أشهر و لمدة مفتوحة لدى مركز اوركيد الطبي.

٧- يلتزم المريض بسداد تكاليف العلاج كاملة قبل التركيب النهائي للأسنان على النحو المتفق عليه بين المريض وإدارة المركز.

٨- يتعهد المريض بإعلام الطبيب فوراً لدى حصول أي طارئ متعلق بتركيبات الزيركون أو أي عدم رضا عن العلاج. كما يتعهد باتباع تعليمات الطبيب بدقة و يتضمن ذلك الالتزام بالمواعيد

أقر أنني قد أعطيت الفرصة كاملة للاستفسار و طرح كافة الأسئلة عن طبيعة و امكانية التركيبات السنية و ان جميع استفساراتي و استئنتي قد أجيبته بالكامل. و إنني علم بكافة الاحتمالات التي قد تترافق مع أي مرحلة من مراحل العلاج. و إنني على رضا بالنتائج المحققة من خلال التركيبات. و أنه قد تم شرح جميع رسوم هذا العلاج بشكل كامل. بتوقيعي لهذا الإقرار والعقد افوض الطبيب المعالج بأي إجراء علاجي أو تجميلي على النحو الذي قد يراه ضروريا أو مناسباً لي.

توقيع المريض
التاريخ
توقيع الطبيب
التاريخ
Dr. 