



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000128

Date: 4/01/2018

Patient Name: جودي محمد كنجو Joudi Kanjo

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 28-8-2013

Gender (الجنس): M / ♂

Nationality (الجنسية): سوري

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): طلة

Phone No. (رقم الهاتف): 5509648515

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? Same

Billaline

	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 تعطي من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، 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)، لو كيميا (نقر الدم)	Yes/No نعم / لا	
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 تعاطي 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 مفتح الحمل؟ 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 نعم / لا	
CMS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطي من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا / نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطي من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا / نعم	
Other	Other conditions: فيروس أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط	Yes/No لا / نعم	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000128 Date: 4/1/2018

Patient Name: Joshi اسم المريض: \_\_\_\_\_

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 28-8-2013 Gender (الجنس): M / F

How Did You Know About Us? her family came to visit dr. halim earlier

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

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

Chief Complaint: Pain while eating twice  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



مركز اوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

Radiography: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examination : *old Filling with recurrent caries*

Diagnosis: *Parodontitis*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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 العلمية.

• أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الأخطار 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 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 : *ميادة كبريت*  
التاريخ: 4-1-2018

توقيع الطبيب المختص:

