

File No#: 100056 Date: 23/1/2018
 Patient Name: GHAZI Rouaii اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 25/05/1966 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): IMMISIAN Occupation (الوظيفة): Manager
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0567875550

Contact Person in Case of Emergency: A Friend - OMAR ALMO GASH.

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Yes	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا	yes
Yes	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	yes
No	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	No
yes	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	yes
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	No
No	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم / لا	No
No	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، أو كيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	No
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	No
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	No
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح 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	No
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	No
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	No
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	No
Other	Other conditions؟ أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتس، فيروس الحلا البسيط.	Yes/No نعم / لا	No

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: ١٥٥١٥٦ Date: 23/1/2018

Patient Name: HAZI ROUAI اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 25/05/1960 Gender (الجنس): M / F

How Did You Know About Us? A FRIEND

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: _____

Chief Complaint:

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

_____ Allergies: _____

_____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks:

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.

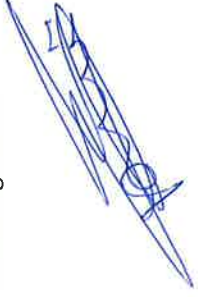
I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

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 الاجراءات 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.

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 الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم الابدني 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 املاك 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:

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Ghazi, Rouiai	IDN:	784196071827172	Mother Name:	
Name (Ar)	غزالي بن محمد، الراضي الرويحي	Card Number:	082143959	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN تونس	Family ID:	
Title(AD):		(Ar):			
Issue Date:	16/02/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	14/02/2020	Date of Birth:	25/05/1960	Sponsor Name:	الركن الزراعي لتجارة المواد الزراعيه دم م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120117013459	Residency Expiry:	14/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/23/2018