

File No#: 1000163 Date: 27/1/18 اسم المريض:
Patient Name: Heed Alzaid Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 26/08/1984 Occupation (الوظيفة):
Nationality (الجنسية): VAF Phone No. (رقم الهاتف): 68-736773
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Contact Person in Case of Emergency: _____

✳️ How Did You Know About Us? عند طريق صحاح اعلاني صبح عيادكم / SMS.

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	نعم
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	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	لا
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	لا
*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *النساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	لا
Other conditions أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأيدز، فيروس الخلا البسيط	Yes/No نعم / لا	لا

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000163 Date: _____

Patient Name: _____ 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: _____

Don't like her form of teeth

السجل الطبي Medical History

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 التخصيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا 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 لنتائج 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 للتفحص 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: 25 / 11 / 2018

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO*

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm 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	Meead, Mohamed, Ismail, Alhamar, Alzaabi	IDN:	784198407609480	Mother Name:	Maryam Abdulla Mohamed
Name (Ar)	ميوعد محمد إسماعيل الحمير الزعابي	Card Number:	077957834	Mother Name (Ar):	مريم عبدالله محمد
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	305000862
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	11/04/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	11/04/2026	Date of Birth:	26/08/1984	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	5162	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/25/2018

