

File No#: 1000667 Date: 28/01/2018
 Patient Name: Chali Kazkal
 Date of Birth (التاريخ الميلادي): 1/10/2009 Gender (الجنس): M
 Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة):
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (الرقم الهاتف):
 Contact Person in Case of Emergency: 0559967756
 How Did You Know About Us? from friend / patient Dr. Halem

If 'YES' give details
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل

الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No نعم / لا
هل تتناول أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	Yes/No لا/نعم
هل تتناول أي مضادات حيوية؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	Yes/No لا/نعم
هل تتناول أي مضادات حيوية أو مضادات الفطريات؟	Allergies	Yes/No لا/نعم
هل لديك أي حساسية؟	Surgical Operations, Serious illness	Yes/No لا/نعم
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت أي أدوية من أي أمراض؟	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	Yes/No لا/نعم
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	Yes/No لا/نعم
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مضادات تخثر؟	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، تيميميا (فقر الدم)	Yes/No لا/نعم
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	Yes/No لا/نعم
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	
هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	Yes/No لا/نعم
	التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	Yes/No لا/نعم
	قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease	Yes/No لا/نعم
	هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes	Yes/No لا/نعم
	هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	
Other	Other conditions (Other HIV, etc)	Yes/No لا/نعم
	فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط، etc	

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 الطبية.

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 تماماً 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 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:


28/01/18

