

File No#: 1000777 Date: 1/7/18
 Patient Name: Assaad Kazkaz
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20/6/1974 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة):
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 055-9967157

Contact Person in Case of Emergency: my brother / Shebl Kazkaz, Pt of Dr. halim

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

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Bleeding Gum

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____

Medication: _____

Allergies: _____

Hospitalization: _____

Pregnancy: _____

Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks:

Clinical Findings:

Radiography:

Examination :

Diagnosis:

Gingivitis

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 التخصصات 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 نكر 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 هنالك 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 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

cAEAlOEBA830DQXO

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	Assad,Abdufatah,,,Kazkaz	IDN:	784197440424246	Mother Name:	
Name (Ar)	السيد عبد الفتاح,,, كزكز	Card Number:	083336827	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية	Sponsor Type:	06
Issue Date:	10/05/2017	Sex:	M	Sponsor Name:	خان الصياغ التجاره العامه ششم
Expiry Date:	02/05/2020	Date of Birth:	20/06/1974	Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Husband IDN:		Residency Number:	02/05/2020
Residency Type:	07	Residency Number:	20120117226923	Occupation Field:	00
ID Type:	IL	Occupation:	01		



Photo

Signature Image

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

2/1/2018