



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000219

Date: 22/2/2018

اسم المريض:

Patient Name: Ahmed elkanan

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 06/9/52

Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Egypt

Phone No. (رقم الهاتف): 0507365109

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

	الحالة الطبية / Medical Condition	Yes/No / نعم / لا	If 'YES' give details / إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No / نعم / لا	Blood, pressure medicine
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مسكوكات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No / نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No / نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No / نعم / لا	
CVS	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	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسكوكات الدم؟	Yes/No / نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	Yes/No / نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No / نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No / نعم / لا	
	<b>*for ladies:</b> Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل تتعاطين؟ هل تتعاطين أي موانع الحمل؟ 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	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No / نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No / نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No / نعم / لا	
Other	Other conditions: HIV, etc... هل تتعاطى من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc	Yes/No / نعم / لا	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint:

*check up*

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: *Gum Recession*

Diagnosis: *Periodontitis*

### 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 ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم ان من الممكن ان يكتشف 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 انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هنالك 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 للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هنالك رسوم يالحد الاذنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



