

File No#: 1000240 Date: 3/3/2018
 Patient Name: Malham Agha اسم المريض:
 Date of Birth (التاريخ الميلاد): 11/6/1977 Gender (الجنس): M F
 Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة):
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0569586635
 Contact Person in Case of Emergency: -
 How Did You Know About Us? My wife

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟		Yes/No لا/نعم	هيتا مينات
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No لا/نعم	حاسبة حديدية
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No لا/نعم	ضرب يد اسرسة
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟		Yes/No لا/نعم	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي ميوعات الدم؟		Yes/No لا/نعم	
	Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)		Yes/No لا/نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى		Yes/No لا/نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مائع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		Yes/No لا/نعم	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		Yes/No لا/نعم	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions Other conditions: HIV...etc		Yes/No لا/نعم	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Regular check up

السجل الطبي
Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____

Pregnancy: _____

Family History: _____

Hospitalization: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings:

Nothing Abnormal

Radiography:

Examination :

Multiple decays & gingivitis
& discoloration of teeth

Diagnosis:

Gingivitis , multiple caries

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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	Molham,Abdjal Salam,Morad,Agha	IDN:	784197760513750	Mother Name:	Not Defined
Name (Ar)	ملهم,عبدالسلام,موراد,أغا	Card Number:	082801315	Mother Name (Ar):	ناديا
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	02/04/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	28/03/2019	Date of Birth:	01/06/1977	Sponsor Name:	باريس غليري ش د م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	02010000022281
Residency Type:	02	Residency Number:	20120072471697	Residency Expiry:	28/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	



Photo



Signature Image

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

3/3/2018

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 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 أسمح 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 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.

أفرض 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 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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:

