

File No#: 1000206 Date: 4/3/2018 اسم المريض: _____
 Patient Name: Monsieur Alkhatib
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 14/12/1993 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة): _____
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____ Phone No. (رقم الهاتف): 971507482221
 Contact Person in Case of Emergency: _____
 How Did You Know About Us? Dr. Hama

| | الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم تذكر بالتفصيل |
|-------|--|--------------------|---|
| | Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | Yes/No نعم / لا | |
| | Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات 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 تعاليت من أي أمراض؟ | Yes/No نعم / لا | تطويل رجل |
| CVS | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغف 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 مميعات للدم؟ | Yes/No نعم / لا | |
| | Anemia, Leukemia (فقر الدم)، أو كيميا (سرطان الدم) | Yes/No نعم / لا | |
| RS | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى | Yes/No نعم / لا | |
| GU | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | Yes/No نعم / لا | |
| | *for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ 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 تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Yes/No نعم / لا | |
| ENDO | Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | Yes/No نعم / لا | |
| Other | Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc | Yes/No نعم / لا | |

لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Pain / Spontaneous

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: _____

Radiology 18

Examination: _____

Pain / Swelling

Infection

& Cold

Diagnosis: _____

Pericoronitis 18

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 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 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 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 العلمية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هنالك 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 تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني املاك 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:

REDAD DATA

cAEFAIOEBAA83ODQXO*

Public Data Readed Succ

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 | Mansour,Surour,Hassan,Khalifa,Alketbi | IDN: | 784199363052434 | Mother Name: | Alya Ahmed |
| Name (Ar) | منصور سورور حسان خليفة الكعبي | Card Number: | 082426248 | Mother Name (Ar): | علياء احمد |
| Title: | | Nationality: | ARE | Family ID: | 301018522 |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة | | |
| Issue Date: | 08/03/2017 | Sex: | M | Sponsor Type: | |
| Expiry Date: | 08/03/2027 | Date of Birth: | 14/12/1993 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 01 | 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>

3/4/2018

