

File No#: 1000290

Date: 15/3/2018

اسم المريض

Patient Name: Arajeer Chenev

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20/9/1995

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة): -

Marital Status (الحالة الاجتماعية): -

Phone No. (رقم الهاتف): 0096707073

E.MAIL: Sendbad1371@gmail.com

How Did You Know About Us? Instagram

Weight: 73.70 kg Height: 166 cm Blood Type: BP-110/70

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: /

Medication: /

Allergies: /

Pregnancy: LMP= 28-9-2017

Hospitalization: /

Family History: EPD= 5-7-2018

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

GI Po Ao

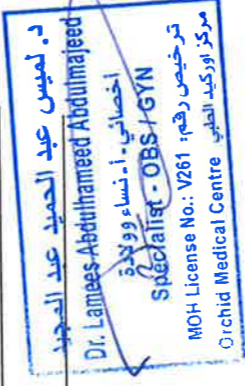
Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____



DOCTOR NOTE

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.

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أفهم 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 الطبية.

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

أفهم ان هنالك رسوم الابدئي 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 ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني 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

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Hadeer, Gamal, Abdelal, Ali, Omar	IDN:	784199586061709	Mother Name:	
Name (Ar)	هدير جمال عبدالعال علي عمر	Card Number:	085805101	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	15/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	11/10/2019	Date of Birth:	20/09/1995	Sponsor Name:	محمد احمد توفيق السيد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0133101241
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173650361	Residency Expiry:	11/10/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/15/2018

