

File No#: 1000302 Date: 17/3/2018 اسم المريض:

Patient Name: Ahmed Ayala Gender (الجنس): (M) F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/11/1983 Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Syria Phone No. (رقم الهاتف): 06/6711199

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

E.MAIL: Ahmed.Ayala@Sevaynuf.com

How Did You Know About Us? friend

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر 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 سترويدات 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 تعاطيت من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	عليه لوز >
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 مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	>
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	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 تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	>
	<b>*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems</b> هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح 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 تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	>
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض الغدة الترقية؟	Yes/No نعم / لا	>
Other	Other conditions؟ فيروس الحلا الشبيهة HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	>

### 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 التشخيصات و الاجراءات الطبية الاضافية 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.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتاج العلاج كما أتفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا 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:

  
17/3/2018

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint:

Old Filling Broken

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Pregnancy: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_

Habits: Smoking:  Y/N

Alcohol:  Y/N

Drugs:  Y/N

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_

Radiography: \_\_\_\_\_

Examination :

Broken fillings & decayed teeth

Diagnosis:

Broken filling due to decay

Gingivitis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report**

<b>File</b>	<b>Valid Signature?</b>
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**

<b>Name</b>	Ahmad,Abdul Salam,,,Murad Agha	<b>IDN:</b>	784198317626103	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	احمد عبدالسلام مورا اغا	<b>Card Number:</b>	082781469	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	SYR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>الجنسية العربية السورية</b>			
<b>Issue Date:</b>	30/03/2017	<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Expiry Date:</b>	27/03/2019	<b>Date of Birth:</b>	12/10/1983	<b>Sponsor Name:</b>	مؤسسه سارا التجاره العامه
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	20120052077848	<b>Residency Expiry:</b>	27/03/2019
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	2411	<b>Occupation Field:</b>	00

Photo



Signature Image

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

3/17/2018

