

File No#: 100321 Date: 20/3/2018 اسم المريض: Ba Hag, daal
 Patient Name: Ali Anwar Gender: M / F
 Date of Birth: 17/5/1993 (التاريخ الميلادي) (الجنسية): M / F
 Nationality: U.A.E. (الجنسية) (الوظيفة): مفتي
 Marital Status: single (الحالة الاجتماعية) (رقم الهاتف): 055-9080901
 E-MAIL: Ali.Anwar31@gmail.com
 How Did You Know About Us? my wife

	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 حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا	⊘
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي من مثبّطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	⊘
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	⊘
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعثي من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	⊘
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 الدم؟	Yes/No نعم / لا	⊘
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (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 تعاطي من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	⊘
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع 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 تعاطي من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	⊘
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطي من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	⊘
Other	Other conditions: أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc... (فيروس الحماق النسيب...إلخ)	Yes/No نعم / لا	⊘

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Routine cleaning

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____
_____ Allergies: _____

Hospitalization: _____ Pregnancy: _____
_____ Family History: _____

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

Remarks: Orthodontic Patient

Clinical Findings: Nothing Abnormal

Radiography: _____

Examination: No Caries. Pt is visiting
his Orthodontist

Diagnosis: Gingivitis

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 الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

و أنا 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 الابدن يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقمها 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: 2013/2018

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO'

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	True
Modifiable Data (SF5)	True
Holder Signature Image (SF7)	True
Photography	True
Home Address	True
Work Address	True

Card Holder Information

Name	Ali,Anwar,Awad,Ahmed,Ba Maqdad	IDN:	784199757357266	Mother Name:	
Name (Ar)	علي انور عوض احمد يماقداد	Card Number:	066272835	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	ARE	Family ID:	501002340
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	15/12/2013	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/12/2018	Date of Birth:	17/05/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/20/2018

File No#: 1000 321

Date: 20/3/2018

Patient Name: Ali Anwar

اسم المريض: Ba Magdad

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17-5-1997

Gender (الجنس): M/F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة): مهندس كهرباء

Marital Status (الحالة الاجتماعية): أعزب

Phone No. (رقم الهاتف): 0555908090

E. MAIL: Ali.Anwar31@gmail.com

How Did You Know About Us?

my wife told me

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟

1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ لا

4- هل تناولت عقار "الأكويتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتونون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

لا

6- هل قمت بتنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم لا.

7- متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم لا، ومتى كان آخر استخدام لها؟

9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم لا.

10- هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم لا.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لشرتك حالياً؟

12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم لا.

للنساء:

13- هل انت حامل؟ نعم لا.

14- هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم لا.

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدومي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر باختلاف تاريخهم الطبي ونوع بشرتهم ونوع الشعر و التزام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التصف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

. لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التصف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

. الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

. يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

. الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع نادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	True
Modifiable Data (SF5)	True
Holder Signature Image (SF7)	True
Photography	True
Home Address	True
Work Address	True

Card Holder Information

Name	Ali,Anwar,Awad,Ahmed,Ba Maqdad	IDN:	784199757357266	Mother Name:	
Name (Ar)	علي انور عوض احمد بن مقاد	Card Number:	066272835	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	501002340
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	15/12/2013	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/12/2018	Date of Birth:	17/05/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

3/20/2018

