

File No#: 100243 Date: 28/3/2018 اسم المريض: _____
 Patient Name: HANAN ECKHALEI Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/12/1991 Occupation (الوظيفة): _____
 Nationality (الجنسية): Morocco Phone No. (رقم الهاتف): 0504151123
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____
 E-MAIL: hanani-hanan@outlook.de
 How Did You Know About Us? Internet

	الحالة الطبية / Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	كودايبس نعم
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	لا
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	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	لا
	Anemia, Leukemia (نقص الدم)، سرطان الدم	Yes/No نعم / لا	لا
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حاملة؟ هل تتعاطين أي منع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	لا
GI	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	لا
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	لا
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الترقية؟	Yes/No نعم / لا	لا
Other	Other conditions: HIV, etc... هل تعاطى من أي أمراض أخرى: HIV, etc... فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط، etc...	Yes/No نعم / لا	لا

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Pt need highwood Smeke / End Incisors retruded.

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: None

Allergies: Codiene

Pregnancy: _____ Family History: _____

Hospitalization: None

None

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

Remarks:

Nothing Abnormal

Clinical Findings:

~~Nothing~~ Insufficient Oral Hygiene

Radiography:

-

Examination:

- Retruded Lateral Incisor, Protruded central Incisor

Diagnosis:

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.

أتفهم انه من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم أن من الممكن ان يكشف 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 العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك 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 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك 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:



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

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	Hanane,El Khalfi	IDN:	784199104192846	Mother Name:	
Name (Ar)	حنان,الخطي	Card Number:	081242457	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	15/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	12/12/2018	Date of Birth:	11/12/1991	Sponsor Name:	السهم الأخضر للدعاية والاعلان
Marital Status:	04	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	10120162181292	Residency Expiry:	12/12/2018
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo





Signature Image

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

3/24/2018

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
24/3/18	13,000 Consultation for veneers 5-1-1-5 X20 5-1-1-5 X650 - Shade A3 - Bumpy/Wild Style - Study Cast Impression	3000	10,000	
	3,000 Down Payment will pay 1,500 DHS on 26/3/18 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <p> د. هاليم آل مرداوي Dr. Halim Al Mardawi ممارس عام - طبيب أسنان عام General Practitioner Dentist MOH License No.: D38021 Orchid Medical Centre - مركز الأوركيده الطبي </p> </div>			
	Balance 8,500 DHS. 1st - 4,250 DHS 2nd - 4,250 DHS she will keep her passport as a guarantee		8,500	
26/2/2018	Preparation for veneers B2 - Wild Shape - wide 5-1-1-5 5-1-1-5	1,500	7,000	
	24/4/2018 cementation for veneers 5-1-1-5 5-1-1-5	4,250.00 41000-CASH 250-CASH	4,250.00	
		4,250.00	0	

22/4/2018 follow up

16/7/18 follow up polishing veneer

