

File No#: 1000379

Patient Name: Zaid Muath Kleshah

Date of Birth: 06-08-2009

Nationality: Jordan

Marital Status: single

E.MAIL: muath\_79@yahoo.com

How Did You Know About Us?

Date: 02/04/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 05052471573

	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 أيستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم/لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم/لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 التزييف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم/لا	
	Anemia, Leukemia(سرطان الدم)	Yes/No نعم/لا	Before 2 years ago قبل 2 سنوات
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 تعاني 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 منتج 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم/لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم/لا	
Other	Other conditions? أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No نعم/لا	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medical History السجل الطبي

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

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

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

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

Remarks: \_\_\_\_\_  
*Nothing Abnormal*

Clinical Findings: \_\_\_\_\_  
*None*

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

Examination : \_\_\_\_\_  
*Pain on percussion & hot*

\_\_\_\_\_ *cold / Mobility on D*

Diagnosis: \_\_\_\_\_  
*Periapical Periodontitis*

\_\_\_\_\_

### 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 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 هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناتجة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى 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 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 : معاذ يوسف وشيخ

التاريخ: 02.04.2018

توقيع الطبيب المختص:



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Zaid,Muath, Yousef Weshah	IDN:	784200913685093	Mother Name:	
Name (Ar)	زيد معاذ يوسف وشاح	Card Number:	080799891	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	09/11/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	31/08/2018	Date of Birth:	06/08/2009	Sponsor Name:	معاذ يوسف عبدالعزيز وشاح
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10907448
Residency Type:	03	Residency Number:	40120113007003	Residency Expiry:	31/08/2018
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

4/2/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001153)

Date: 01-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000379 - Zaid Muath - 971505277573

The sum of Dhs. One Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 100.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-09-2018

Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**  
**www.omc1.ae**