

File No#: 1000390

Patient Name: Hesham Sabeh

Date of Birth(الميلاد): 23/01/77

Nationality(الجنسية): EGYPT

Marital Status (الاجتماعية): Married

E-MAIL: hesham.sabeh@valiant.com

How Did You Know About Us? from The Gym

Date: 07.04.2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة): Admin Manager

Phone No. (رقم الهاتف): 0506361015

	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 حالية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	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 روماتويد، 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 مميونات للدم؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (فقر الدم)	Yes/No نعم / لا	لا
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل تتعاطين؟ هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تتعاطين 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	لا
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، ناء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	لا
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	لا
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	لا
Other	Other conditions: أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا السسيط	Yes/No نعم / لا	لا

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: Height: _____ Blood Type:

Chief Complaint: Filling Fill w/ A trans his teeth

Medical History السجل الطبي

Diseases: Medication: _____

Allergies: Pregnancy:

Hospitalization: Family History: _____

Habits: Smoking: Alcohol: Drugs:

Remarks: _____

Clinical Findings: heavy stains & calculus

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: Gingivitis + cavity class 1

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

Public Data Readed Suc

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	Hesham,Saber,Mohamed,,Senousi	IDN:	784197715983934	Mother Name:	
Name (Ar)	هشام صابر محمد بنوسى	Card Number:	083570395	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		(Ar):	مصر		
Issue Date:	23/05/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	20/05/2019	Date of Birth:	23/01/1977	Sponsor Name:	ميطارما الصناعات النافيه والكمبيوتره ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30119992002478	Residency Expiry:	20/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	1231	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/7/2018

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 ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً 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 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امالك 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: ٢٠١٨.٠٤.٠٥

توقيع الطبيب المختص:

