

File No#: 1000404 Date: 11/04/2018 اسم المريض:
 Patient Name: FAIZA MABSOUL Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth (التاريخ الميلاد): 23-2-99 Occupation (الوظيفة): Teacher
 Nationality (الجنسية): Tunisian Phone No. (رقم الهاتف): 0523392400
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): single
 E.MAIL: _____
 How Did You Know About Us? facebook

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كنت الإجابة نعم أكثر بالتفصيل
No	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	
No	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	
No	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	
No	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعالي من أي أمراض؟	Yes/No نعم / 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	
No	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 (مرض الدم)، تيميا (فقر الدم)	Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعالي من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	
No	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعطين 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	
No	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 تعالي من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعالي من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions? أخرى؟ 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 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.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، 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 ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم الادنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان أي معلومات اقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك 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:



REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Faiza,,,Mabrouk	IDN:	784197918475290	Mother Name:	
Name (Ar)	فايزة بنت عمر المبروك	Card Number:	080208365	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	TUN تونس	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	06
Issue Date:	01/10/2016	Date of Birth:	23/02/1979	Sponsor Name:	المرايا الجميله للتجاره
Expiry Date:	25/09/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Residency Number:	30120107036230	Residency Expiry:	25/09/2019
Residency Type:	07	Occupation:	98	Occupation Field:	99
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

4/11/2018

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Pt has old veneers want to change

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____

Pregnancy: _____

Family History: _____

Hospitalization: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings:

Nothing Abnormal

Radiography: _____

Examination :

All veneers are good but pt is not satisfied with form

Diagnosis:

~~Bad~~ Bad old Restoration

