

File No#: 1800413

Date: 11/4/2018

Patient Name: Hind tdayharti

اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/9/1998

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): mervoc

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Studied

Phone No. (رقم الهاتف): 0511737001

E.MAIL: Andrk@ymail.com

How Did You Know About Us?

Weight: 62

Height: 167

Blood Type:

Chief Complaint:

السجل الطبي
Medical History

Diseases: _____

Medication: _____

Allergies: _____

Pregnancy: _____

Hospitalization: _____

Family History: _____

Habits: _____

Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

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

وأنا 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 تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات 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 املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

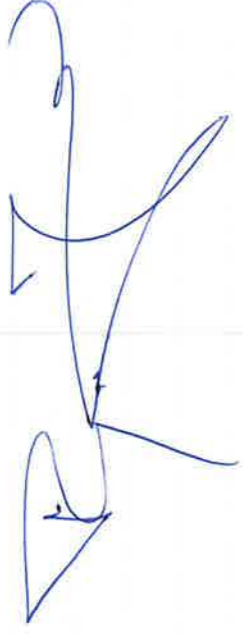
التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

11-04-2018

DOCTOR NOTE

0.14 cc of VOLTIN





مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 600.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000581)	Date:02-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000413 - HIND TIDGHOUTI - 97154737001		
The sum of Dhs. Six Hundred Only		
By Cash 600.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 02-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae