

File No#: 1000.517

Patient Name: AHAF ALKHATAU

Date of Birth (التاريخ الميلاد): 15/10/1998

Nationality (الجنسية): KSA

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

E.MAIL:

How Did You Know About Us? Through a friend

Date: 05/05/18

اسم المريض:

Gender (الجنس): M /  F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 056886720104

	Medical Condition	الحالة الطبية	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	X
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أيستيرويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No نعم / لا	X
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم / لا	X
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعطي من أي أمراض؟		Yes/No نعم / لا	X
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	X
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم / لا	X
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا		Yes/No نعم / لا	X
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم / لا	X
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعطي من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	X
	* for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems * للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم / لا	X
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم / لا	X
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم / لا	X
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعطي من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	X
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعطي من مرض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	X
Other	Other conditions? HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc		Yes/No نعم / لا	X



### 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 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.

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

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الأخطار 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 تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي:

5/5

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint: Went a week  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_  
Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_  
Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Examination: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO\*

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	Rhaf,Masfr,S,Alkahtani	IDN:	784199839510791	Mother Name:	
Name (Ar)	رہف بنت مسفر بن مہر القحطاني	Card Number:	080243934	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title(AR):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	03/10/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	03/10/2021	Date of Birth:	15/10/1998	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

5/5/2018

