

File No#: 1000520 Date: 6/5/2018  
اسم المريض

Patient Name: Abdulla Mousa

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 4/9/1979 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): U.a.e Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Phone No. (رقم الهاتف): 0501729999

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Daivne Khalifa

Weight: Height: 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:

Physical 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، وسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل وخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم 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.

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

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة 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 هناك رسوم الابدئي يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك 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:

DOCTOR NOTE

CONSULTATION ABOUT  
DENTISTRY

دكتوران يوفانوفيتش  
Dr. Goran Jovanovic  
إخصائي - جراحة التجميل  
Specialist - Plastic Surgeon  
ترخيص رقم: V220  
MOH License No.: V220  
Orchid Medical Centre  
مركز أوركييد الطبي



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Public Data Readed Succ

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	Abdulla,Mohamed,Abdulla,,Mousa	IDN:	784197980621755	Mother Name:	Sharifa
Name (Ar)	عبدالله محمد عبدالله موسى	Card Number:	088444265	Mother Name (Ar):	شريفه
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	707001465
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	03/04/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	03/04/2028	Date of Birth:	04/09/1979	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Hasband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	



Photo

Signature Image

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

5/6/2018