

File No#: 1000526 Date: 6/5/2018 اسم المريض:
 Patient Name: Mariam Al Shamsi Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth(تاريخ الميلاد): 4/3/1983 Occupation (الوظيفة):
 Nationality(الجنسية): U.a.e Phone No. (رقم الهاتف): 6501431803
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): single
 E.MAIL: _____
 How Did You Know About Us? Trustag Hair

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	<input checked="" type="radio"/> No لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
	Anemia, Leukemia(سرطان الدم) تيميا	<input checked="" type="radio"/> No لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	<input checked="" type="radio"/> No لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين هل متعاطين من مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	<input checked="" type="radio"/> No لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرضين السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	<input checked="" type="radio"/> No لا	
Other	Other conditions؟ فيروسات أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	<input checked="" type="radio"/> No 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 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 الاضائية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف 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 هناك 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك 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:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Teeth are stained

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Fluorosis

Radiography: None

Examination: _____

Diagnosis: Discoloration of teeth

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQyMI

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	Mariam,Ali,Khalifa,,Almerdas Alshamsi	IDN:	784200194692107	Mother Name:	Amna
Name (Ar)	مريم,علي,خليفة,المرداس,الشمسي	Card Number:	078535005	Mother Name (Ar): Family ID:	امنه 301013524
Title:		Nationality: (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	24/05/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	24/05/2021	Date of Birth:	04/03/2001	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	99



Photo

Signature Image

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

5/6/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 750.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000601)	Date:06-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000526 - MARIAM AL SHAMSI - 971501431803		
The sum of Dhs. Seven Hundred Fifty Only		
By Cash 750.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 06-05-2018
Being		
Made by: Gheda KC		

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