

File No#: 1000535

Date: 8/5/2018

Patient Name: Mohammad Shaqladen

اسم المريض:

Date of Birth: 8/12/1991

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Jordan

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 056-8090126

E.MAIL:

How Did You Know About Us? Rami

	الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا عكفت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟		Yes/No لا/نعم	ع
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		Yes/No لا/نعم	ع
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No لا/نعم	ع
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟		Yes/No لا/نعم	ع
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No لا/نعم	ع
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No لا/نعم	ع
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)		Yes/No لا/نعم	ع
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No لا/نعم	ع
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	ع
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems * للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين؟ هل تتعاطين من مضع للحمل؟ هل تتعاطين من مشكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No لا/نعم	ع
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكب الوبتي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No لا/نعم	ع
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No لا/نعم	ع
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/نعم	ع
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	ع
Other	Other conditions: فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc HSV, HIV...etc		Yes/No لا/نعم	ع

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 ان 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 ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً 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 تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني 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: Broken old Filling

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: -

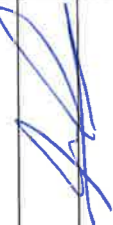
Radiography: -

Examination : ~~Nothing~~

Diagnosis: Fracture of ~~tooth~~ Tooth

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
8/5/2018	Composite Filling 1 Surfaces <i>250 300</i>	100		
15/12/2018	Extraction of wisdom upper 8] <i>300</i>	350 50% 175		Dr. Dakir
10/3/2019	Extraction of wisdom tooth 18 <i>300</i>	350 50% 175		Dr. Dakir
2/13/2019	Removal of stitches for 18			Dr. Dakir

United Arab Emirates
دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License
رخصة قيادة
رقم الرخصة
1665438
اسم الحامل محمد الخليل محمّد خليله
Name: **Mohammed Ikhdair Mahmoud Shalaidh**
Nationality: **Jordan**
Date of Birth: **08/12/1991**
Issue Date: **28/02/2011**
Expiry Date: **28/02/2023**
Place of Issue: **Dubai**
جهة الإصدار: دبي



سلطة دبي
rtd4766
Driving Authority



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000612)	Date:08-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000535 - MOHAMMAD SHALADEH - 971568090126		
The sum of Dhs. One Hundred Only		
By Cash 100.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 08-05-2018
Being		
Made by <i>Ghada KC</i>		

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

175.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001970)

Date:15-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000535 - MOHAMMAD SHALADEH - 971568090126

The sum of Dhs. One Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 175.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-12-2018

Being

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

175.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002903)

Date:09-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000535 - MOHAMMAD SHALADEH - 971568090126

The sum of Dhs. One Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 175.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 09-03-2019

Cheque No.

Being Extraction OF WISDOM TOOTH

Made by Hiba

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