

File No#: 1000552

Date: 12/05/18

اسم المريض:

Patient Name: IBRAHIM MOHAMED AGWA

Gender (الجنس): (M) / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 02/09/1982

Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): 66401

Phone No. (رقم الهاتف): 0508099985

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

E.MAIL:

How Did You Know About Us? :

	Medical Condition الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟	Yes/No نعم / لا	لا تتناول
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	لا
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	لا
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	لا
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems النساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي حبوب للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	لا
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	لا
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	لا
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	لا
Other	Other conditions: فيروسات أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	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 اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

و أنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر 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 انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتاج العلاج كما أتفهم ان 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 ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي:

التاريخ: 2018-05-12

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA830D0x0

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	Ibrahim,Ahmed,Mohamadi,Mohamed,Agwa	IDN:	784198319807933	Mother Name:	
Name (Ar)	إبراهيم أحمد محمد محمد عوده	Card Number:	079130538	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	10/07/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	29/06/2018	Date of Birth:	02/03/1983	Sponsor Name:	الخبزوات للإنتاج الاعلامى ش ذ م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120142353031	Residency Expiry:	29/06/2018
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

5/12/2018

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Pain on cold & hot & stinger

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: Pain on cold

Radiography: Radiolucency in interproximal Pericoronal bone

Examination: +ve to cold +ve to percussion

Diagnosis: Anter pulpitis & chronic ^{localized} ~~periodontitis~~ periodontitis



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 700.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000634)	Date:12-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000552 - IBRAHIM AGWA - 971508999852		
The sum of Dhs. Seven Hundred Only		
By Cash 700.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 12-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 350.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000657)	Date: 16-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000552 - IBRAHIM AGWA - 971508999852		
The sum of Dhs. Three Hundred Fifty Only		
By Cash 350.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 16-05-2018
Being AGAINST INVOICE NO:671		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000673)	Date:21-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000552 - IBRAHIM AGWA - 97150899852		
The sum of Dhs. Two Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 250.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 21-05-2018
Being		
Made by	Maha KC	

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