

File No#: 1000563

Patient Name: OMAR AHMED

Date of Birth: 20/11/2003 (تاريخ الميلاد)

Nationality: اليمن (الجنسية)

Marital Status: ~~Single~~ (الحالة الاجتماعية)

E-MAIL: ~~omar.ahmed@yemen.gov.ye~~ omar.ahmed@yemen.gov.ye

Date: 14/05/18

اسم المريض:

عمر أحمد بن أحمد

Gender (الجنس): M F

Occupation (الوظيفة): طالب

Phone No. (رقم الهاتف): 056766728

How Did You Know About Us?

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

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 انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتائج العلاج كما أتفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هنالك 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 امتلاك 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:

تعهد

أتعهد انا السيد / عمر أحمد .. يمضي الجنسية بأحضار هويتي الاماراتية لمركز أوركيد الطبي خلال الجلسة القادمة وهذا تعهد مني بذلك .

مقدمه من/

عمر أحمد



For Doctor's Use Only لا استعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Want Braces

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: _____
Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: crowding in anterior teeth
Class II



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000647)	Date:14-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000563 - OMAR AHMED - 971506232392		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 14-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae