

File No#: 1000J04

Patient Name: FATEMA AHMED

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/12/1994

Nationality (الجنسية): العينية

Marital Status (الحالة الاجتماعية): عازبة

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us? _____

Date: 4/05/18

اسم المريض: فاطمة أحمد عيسى

Gender (الجنس): M / (F)

Occupation (الوظيفة): _____

Phone No. (رقم الهاتف): 5979223

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If YES, give details إذا نعم أجب بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No نعم / لا	لا
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		Yes/No نعم / لا	لا
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم / لا	نعم ، صف العيار
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟		Yes/No نعم / لا	لا
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 نعم / لا	لا
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغات للدم؟		Yes/No نعم / لا	لا
	Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		Yes/No نعم / لا	نعم ، انيميا
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم / لا	لا
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	لا
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتناولين 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 تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	لا
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	لا
Other	Other conditions: فيروس 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أفهم 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.

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

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتاج 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 هناك رسوم الابدن يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدما 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: ١٤/ 5/ 2018

توقيع الطبيب المختص:

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة القيادة رقم 549538

رقم الرخصة
الأسم
المهنة
تاريخ الميلاد
تاريخ الإصدار
تاريخ الانتهاء
جهة الإصدار

549538
فاطمة احمد احمد علاله
اليمن
12-12-1994
27-11-2013
19-06-2026
شارjah

United Arab Emirates
MTR304561
Licensing Authority



For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Pt has pain around wisdom teeth

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: Pain on palpation

Diagnosis: Localized Periodontitis
Gingivitis



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000648)	Date:14-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000564 - FATIMA 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