

File No#: 1000572

Patient Name: Hashim Kamal

Date: 19/5/2018

اسم المريض:

Date of Birth(التاريخ الميلاد): 15/18/2013

Gender (الجنس): M / F

Nationality(الجنسية): Jordan

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Kid

Phone No. (الرقم الهاتف): 0566657327

E.MAIL:

427

How Did You Know About Us? building

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If "YES" give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثا؟	Yes/No نعم/لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مسروبيدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم/لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم/لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟	Yes/No نعم/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	Yes/No نعم/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	
	Anemia, Leukemia(سرطان الدم)	Yes/No نعم/لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم/لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم/لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم/لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم/لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم/لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطيت من الصرع أو أي الأمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم/لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم/لا	
Other	Other conditions: فيروسات أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الهلا البسيط etc	Yes/No نعم/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.

أتقهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتقهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

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

أتقهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتقهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتقهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتقهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتقهم 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:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Spontaneous Pain

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 : Multiple caries on teeth

Diagnosis: _____

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO-

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	Jamal,Kamal,Mahmoud,Abdullah	IDN:	784198131932034	Mother Name:	
Name (Ar)	جمال كمال محمود عبد الله	Card Number:	079601556	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن	Sponsor Type:	06
Issue Date:	14/08/2016	Sex:	M	Sponsor Name:	كلود اكسيريفس كورنفر-سلطه الانداجيه
Expiry Date:	03/08/2019	Date of Birth:	29/08/1981	Sponsor Number:	02010013631518
Marital Status:	02	Husband IDN:		Residency Number:	03/08/2019
Residency Type:	07	Residency Number:	20120167174054	Residency Expiry:	
ID Type:	IL	Occupation:	3415	Occupation Field:	

Photo



Signature Image

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

5/19/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000660)	Date:19-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000572 - HASHIM KAMAL - 971566657327		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 19-05-2018
Being		
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

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002050)

Date:24-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000572 - HASHIM KAMAL - 971566657327

The sum of Dhs. Two Hundred Dirhams and Zero Filis 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: 24-12-2018

Being

Made by Ghada

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