

File No#: 1005573

Patient Name: Zain Kamal

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21-2-2012

Nationality (الجنسية): Jordan

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Kid

E-MAIL:

How Did You Know About Us? Same building

Date: 19/5/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0566657327

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات المناعة؟		Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟		Yes/No نعم / 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	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟		Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (مرض الدم)، لويميا (مرض الدم)		Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعالطين أي منتج للحمل؟ هل تعالطين 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 تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions? أخرى؟ HSV, HIV ...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc		Yes/No نعم / لا	



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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 التخصصات 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 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتك 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: Check

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : Multiple caries / Good Oral Hygiene

Diagnosis: Caries on 16

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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 عبدالله	Card Number:	079601556	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	14/08/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	03/08/2019	Date of Birth:	29/08/1981	Sponsor Name:	كلود اكسيريفوس كورنيلس-سلطه الايداعيه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	02010013631518
Residency Type:	07	Residency Number:	20120167174054	Residency Expiry:	03/08/2019
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 400.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000661)	Date: 19-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000573 - ZAIN KAMAL - 971566657327		
The sum of Dhs. Four Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 400.00 / 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 أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000897)

Date: 14-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000573 - ZAIN KAMAL - 971566657327

The sum of Dhs. Two Hundred Dirhams and Zero Fils 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: 14-07-2018

Being

Made by Ghada

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