

File No#: 1000576

Patient Name: CHIREEN BURAD

Date of Birth(الميلاد):

Nationality(الجنسية): سورية

Marital Status(الاجتماعية):

E.MAIL:

How Did You Know About Us?:

Date: 19/05/18

اسم المريض: شيرين براء

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0563999626

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



مركز أوركييد 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 التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف 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 الطبية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج 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 امتك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

**06818798** Issue No.: 1 License No.: **Bronze**  
Staff No.: 20 Age Policy No.: 7313898 Effective Date: 15/01/2017 Expiry Date: 14/01/2018  
Benefits : 23 Maternity  
Limits : PH : 3000 Physio : 6 Sessions  
Co-ins : PC : 10% PH : 30% OP Mat : 10%  
NW UAE : Essential 5 Abroad : NA



**SHIREEN BERAM MURAD**  
MEDIA LAND FZ-LLC



**Daman**

**For Doctor's Use Only** لاستعمال الطبيب فقط

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: want Braces

**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 : Grounding / Under bite / 2

Class I Bite

Diagnosis: Abnormal Bite

