

File No#: 1000589

Date: 22/05/18

اسم المريض:

Patient Name: QUMALHA ALSHEHI

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/11/1989

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0109171115

E.MAIL:

How Did You Know About Us? Instagram

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

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 الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم أن من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب اجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات 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.

ان أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني املاك 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 :

22.5.2018

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Suc

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	Qumasha,Saeed,Rashed,Rashid,Alyuoh,Alshehii	IDN:	784198937587651	Mother Name:	Fatema Mohamed Yousef
Name (Ar)	قماشة,سعدي,رشيد,رشاد,أليو,الشيحي	Card Number:	088390705	Mother Name (Ar):	فاطمة محمد يوسف
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	603000231
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	29/03/2018	Date of Birth:	18/11/1989	Sponsor Name:	
Expiry Date:	29/03/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	96	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				

Photo



Signature Image

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

5/22/2018

For Doctor's Use Only لا استعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: want to solve problem of Open bite

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 : Previous Orthodontic Pastoral

Diagnosis: Open bite

