

File No#: 1000605

Patient Name: Sajid Husan

Date: 28/5/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15-Feb-1987

Occupation (الوظيفة): Trainor

Nationality (الجنسية): Indian

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0502353307

E-MAIL: Sajid.khan9888@yahoo.co.in

How Did You Know About Us?

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كنت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي اوية أو تتلقى أي علاجات حثيثا؟		Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟		Yes/No نعم / لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمم قلب صناعي، امراض 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 امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى		Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions؟ HSV, HIV...etc	هل تعاطى من أي امراض اخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا 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.

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 أن 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.

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

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الأخطار 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 أن 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 الإفلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امثلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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**

<b>Name</b>	Sajid Husain, Hamid Husain, Hamid	<b>IDN:</b>	784198718608486	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	ساجد حسين رحمة حسين رحمة حسين زاهد حسين	<b>Card Number:</b>	087462979	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	IND	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الهند		
<b>Issue Date:</b>	01/02/2018	<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Expiry Date:</b>	24/01/2020	<b>Date of Birth:</b>	15/02/1987	<b>Sponsor Name:</b>	اسوار العقارات
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	30120112128210	<b>Residency Expiry:</b>	24/01/2020
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	96	<b>Occupation Field:</b>	00

Photo



Signature Image


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

5/28/2018

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint: Pt went to another doctor for extraction but the tooth is inflamed.

Medical History السجل الطبي

Diseases: - Medication: -  
Allergies: - Pregnancy: -  
Hospitalization: - Family History: -

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

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: Pain on percussion

Radiography: \_\_\_\_\_

Examination: une to percussion

Diagnosis: Acute periapical Periodontitis. + Abscess



