

File No#: 10006012

Patient Name: Mohamed Abd Elwahab

Date: 02/06/18

اسم المريض:

Date of Birth (الميلاد): 4/12/1977

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة): Marketing Manager

Marital Status (الحالة الاجتماعية): married

Phone No. (رقم الهاتف): 080 7690071

E-MAIL: mawzi2022@yahoo.co

How Did You Know About Us?

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	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؟	No	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	No	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	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	No	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
	Anemia, Leukemia (مرض الدم)، لوكميا	No	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، أمراض أخرى	No	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	No	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes	GERD
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other	Other conditions? أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط	No	



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 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 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 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك 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:

١٦/٢٠١٤



For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint: Swelling Next to area of molars

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

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

Clinical Findings: Nothing Abnormal

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

Examination: Swelling / Pain on palpation

Diagnosis: Acute periapical Periodontitis





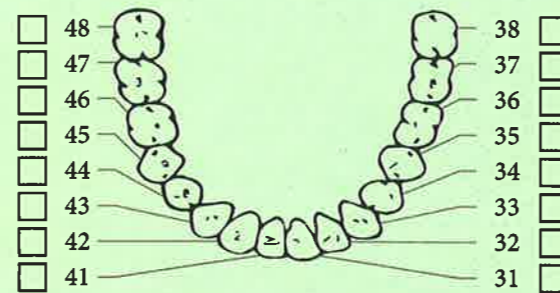
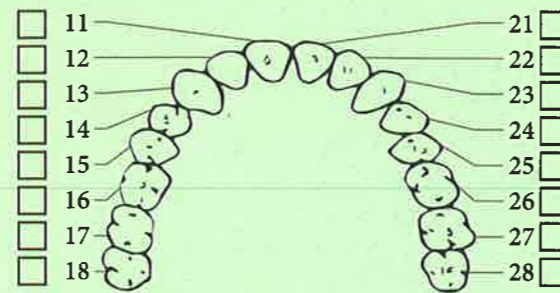
**Da Vinci**  
DENTAL ART

Tel. : +971 4 359 4100, Fax : +971 4 359 4200  
P.O. Box : 236989 - Dubai - U.A.E.  
info@davincidentalart.com, www.davincidentalart.com

**17489**

Doctor's Name : DR. HALIM MARDAWI  
Patient's Name : MUHAMMAD ABD ELWAHAB  
Clinic : ORCHID MEDICAL CENTRE  
Sent Date : 30/9/2018  
Return Date :  
Age :  M  F

- ZIRCONIA
- PFM
- EMAX
- VENEER
- NON-PREP VENEER
- WORK TYPE
- CROWN/BRIDGE
- INLAY/ONLAY
- POST
- TELESCOPIC
- MARYLAND BRIDGE
- OTHER
- NIGHT GUARD
- DIAGNOSTIC WAX UP
- ORTHO
- DENTURE



SHADE : .....

Dr. Sign

Clinic Stamp

PONTIC DESIGN



Note : For any urgent cases extra charge 30 to 50% of the value of the case so that we can serve you better

BLEACHING "TRAYS"

DOCTOR NOTE

PATIENT NAME: MOHAMED ABO EUWAHAB

FILE NO#: 1000012

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
2/6/2018	Consultation - Next appointment for RCT. Augmentative + Flagged 625 400	500		
10/6/2018	Drainage for Abscess			
14/8/2018	Drainage for Abscess + Irrigation			
28/8/2018	M.P & Obturation M.L 22 35 M.B 21 30 7			
6/9/2018	Final Composite filling			
11/9/2018	Sealing & Polishing 200	500		
22/9/2018	Composite Filling 1 Surface X4 6432 800	400		
30/9/2018	Finished Fillings for set Zoom Whitening + Home Bleaching 1200	1000		

6/10/2018 RCT 6 + Obturation for set