

File No#: 10006637

Patient Name: MOKESH PRASANT KUMAR SUTGAR

Date of Birth (التاريخ الميلاد): 14/07/2010

Nationality (الجنسية): INDIAN

Marital Status (الاجتماعية):

E-MAIL:

How Did You Know About Us? living Nearby

Date: 11/06/14

اسم المريض: SUTGAR

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0557433936

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا/نعم	If YES give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حثية؟		Yes/No لا/نعم	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟		Yes/No لا/نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No لا/نعم	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟		Yes/No لا/نعم	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		Yes/No لا/نعم	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No لا/نعم	
	Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		Yes/No لا/نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى		Yes/No لا/نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		Yes/No لا/نعم	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		Yes/No لا/نعم	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعالين من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعالين من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions: أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc... فيروس الحلاّ البسيط		Yes/No لا/نعم	

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 الإمتل 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 العلمية.
- أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتتائج العلاج كما أتفهم ان هناك 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 هناك رسوم الأديني يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الإنتهاء من كل علاج.
- إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر اني املاك 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:

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: 11/06/2018

Dentist Signature:

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQyM

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

Name	Moksh,Prashantkumar,Suthar	IDN:	784201098539402	Mother Name:	
Name (Ar)	موکش پراشانت کومار سوتھار	Card Number:	083831501	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IND	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الهند		
Issue Date:	07/06/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	04/06/2020	Date of Birth:	14/07/2010	Sponsor Name:	بر اشدت شانت اکت موتهار
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	25655286
Residency Type:	03	Residency Number:	30120113017782	Residency Expiry:	04/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / بدون امضاء

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

6/11/2018

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____
Chief Complaint: Emergency / Trauma by accident

السجل الطبي
Medical History

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

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: Trauma

