

File No#: 1000708 Date: 2/7/2018 اسم المريض:
 Patient Name: Muhsir Alketbi Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth(التاريخ الميلاد): 2/8/2015 Occupation (الوظيفة):
 Nationality(الجنسية): Emarti Phone No. (رقم الهاتف): 0509972230
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Kid
 E.MAIL:
 How Did You Know About Us? her Mother

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



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 اسمح 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 نذكر 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 أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً 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 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 ستنبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك 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:

For Doctor's Use Only لا يستعمل الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Patient have pain

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: - Nothing Abnormal

Diagnosis: ~~Nothing~~ Eruption Pain

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQyMI

Public Data Readed Succ

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	Muhair,Rashid,Muhair,Alqoum,Alketbi	IDN:	784201506371828	Mother Name:	
Name (Ar)	مهيار راشد مهيار القوم الكعبي	Card Number:	076043266	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	306000998
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	07/12/2015	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	07/12/2020	Date of Birth:	02/08/2015	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

7/2/2018