

File No#: 1000713 Date: 8/7/2018 اسم المريض:
 Patient Name: ouahid Benchab Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/11/1989 Occupation (الوظيفة):
 Nationality (الجنسية): Algeria Phone No. (رقم الهاتف): 0528763904
 Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 E.MAIL: _____
 How Did You Know About Us? Google

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

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 ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر 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 لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الأخطار 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 بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

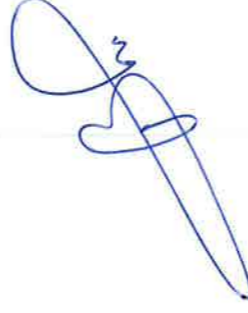
إن أي معلومات أقيمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني 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 8/07/2018

توقيع الطبيب المختص:



لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

Weight: 91 Height: 186 Blood Type: _____

Chief Complaint: want a white teeth

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: Missing and decayed teeth

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

Name	Ouahid,,,Benchahb	IDN:	784198984397921	Mother Name:	
Name (Ar)	وحيد بن شبيب	Card Number:	082027099	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	DZA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الجزائر		
Issue Date:	08/02/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	04/02/2019	Date of Birth:	18/11/1989	Sponsor Name:	اتيلو لاكسرى جلف س م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172001405	Residency Expiry:	04/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	5220	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/8/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,625.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000865)

Date:08-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000713 - OUAHID BENCHAIIB - 971528763904**

The sum of Dhs. **One Thousand Six Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,625.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **08-07-2018**

Being

Made by **Ghada**

Tel: +9716 555 8337, Fax: +9716 528 8130, e - mail: info@omcl.ae

www.omcl.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000912)

Date: 16-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000713 - OUAHID BENCHAIIB - 971528763904

The sum of Dhs. One Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO: 2082

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8230, e - mail: info@omc1.ae
www.omc1.ae