

File No#: 1000735

Patient Name: Main Sulciman

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 22/9/1992

Nationality (الجنسية): Jordan

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

E.MAIL: maen.sulciman.1992@gmail.com

How Did You Know About Us? Google

Date: 11/7/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M F

Occupation (المهنة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0562895589

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



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 نذكر في الفحص الاولي، 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 هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج 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 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 اني امالك 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 : *منى صلاح سليمان*

التاريخ: 11/7/2018

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: _____

Medical History السجل الطبي

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

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: _____

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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 | Main, Salah, Nayef, Suleiman | IDN: | 784199272798705 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | مصن وصلح ناييف سليمان | Card Number: | 082937431 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality (Ar): | JOR الأردن | Family ID: | |
| Issue Date: | 11/04/2017 | Sex: | M | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 27/03/2019 | Date of Birth: | 22/09/1992 | Sponsor Name: | اتحاد الهندسة الإقتطية لمقارلات البناء ش ذ م م بوتيك |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 02010000012524 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120172080366 | Residency Expiry: | 27/03/2019 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 2142 | Occupation Field: | |



Photo

Signature Image

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

7/11/2018