



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسالة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 19/7/2018

File Number: 1000763

Patient Name: Maim Razzouki

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 28/3/1988

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Single

Gender: M

Nationality (الجنسية): Moroccan

Occupation (الوظيفة): Engineer

Address (العنوان): Bab

Phone No. (رقم الهاتف): 0552581327

E-MAIL: ...

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
هل تتعاطى اي ادوية او تتلقى اي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	Yes/No لا/نعم X
هل تتعاطى اي سترويدات او مثبطات للمناعة؟ Cortisteroids/Immunosuppressant	Yes/No لا/نعم X
هل لديك اي حساسية؟ Allergies	Yes/No لا/نعم X
هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاطى من اي امراض؟ Surgical Operations, Serious illness	Yes/No لا/نعم X
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 نعم / لا X
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى اي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	Yes/No نعم / لا X
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia	Yes/No نعم / لا X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No نعم / لا X
هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	Yes/No نعم / لا X
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات : هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا /نعم X
التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	Yes/No نعم / لا X
قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	Yes/No نعم / لا X
هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease	Yes/No نعم / لا X
هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes	Yes/No نعم / لا X
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط etc	Yes/No نعم / لا X

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 any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأطل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الصساسة
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تحفي الملف صحيحة. و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقييم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه كامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):


التاريخ: 19... 7... / 2018

Patient Assessment Form
استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مصلحة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Want Scalding

Disease History التاريخ المرضي: -

Allergies الحساسية: -

Medications الأدوية: -

Pregnancy الحمل: -

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفىSmoking (التدخين): / / NAlcohol (الكحول): / / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية


Diagnosis التشخيص

Calculus & Gingivitis

Treatment Plan خطة العلاج

- 1) Scaling & Polishing
- 2) Need Fillings 6 + 6
- 3) Redo Fillings upper
- 4) Extraction of 7 + 7

Doctor's Signature and Stamp



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Mariam,,,Razzouki	IDN:	784198851858492	Mother Name:	
Name (Ar)	مريم رزوقي	Card Number:	079131352	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	10/07/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	27/06/2019	Date of Birth:	28/03/1988	Sponsor Name:	م ح الصربية مسر الانان م ح
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120167039644	Residency Expiry:	27/06/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/19/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000930)

Date:19-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000763 - MARIAM RAZZOUKI - 971502581327

The sum of Dhs. Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-07-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e – mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae