



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 22/7/2018

File Number: 1000769

Patient Name: Omar Abdelmaez

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 16/8/1999 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Egypt

Sales i.n. Doctor Nutrition

Address (العنوان): Ajman

Phone No. (رقم الهاتف): 0551861844

E-MAIL:

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	No
هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مخففات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant	No
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	No
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟ Surgical Operations, Serious illness	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو مميعةات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	No
انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No
للسيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	+
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	No
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	No
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease	No
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes	No
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط etc	No

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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم 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 اي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عم استعمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ابرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فنتهي الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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



التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

want to close spaces between teeth

Disease History التاريخ المرضي: —

Allergies الحساسية: —

Medications الأدوية: —

Pregnancy الحمل Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال للمستشفى

None

Smoking (التدخين): Y / N Alcohol (الكحول): Y / N Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Nothing Abnormal

الفحص Examination

Spacing / Crowding / Deep bite / Class II /

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

- 1) Scaling & Polishing
 - 2) Filling $\frac{6}{6}$
 - 3) Invisalign Full case U+L
- | | | | |
|------------------|---|------|----------------|
| 18000 | - | 9500 | Down Payment ✓ |
| 25000 | - | 8500 | Installments ✓ |

Doctor's Signature and Stamp


 Dr. Abdul Haseem Al Marzouk
 General Practitioner Dentist
 MCH License No.: D38021
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Omar,Mohamed,Ali,Abdelmoez	IDN:	784199279727483	Mother Name:	
Name (Ar)	عمر محمد علي عبدالمعز	Card Number:	085649049	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	07/10/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	02/09/2019	Date of Birth:	16/08/1992	Sponsor Name:	مركز دكتور نيوزن ششم فرع ديس فرع
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120152356662	Residency Expiry:	02/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/22/2018