



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: ١٤/٠٣/٢٠٢٢

File Number: ١٥٥٥٦٦٢

Patient Name: Hamad Ahmed Al Kahon

اسم المريض: حمد أحمد الزمان

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٢٨/٠٨/٩٥

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): ~~متزوج~~

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): فلسطينية

طالب

Address (العنوان): دبي

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٠١١٥٠٢٥٢٢

E-MAIL: Hamad.al.kahon1@gmail.com

How did you know about us: .....

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



### 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 نتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات 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 الحساسية
- 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 قمته لدى فتحني الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تطبق بحالتي الصحية ينبغي 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 دون السن القانونية):

التاريخ: .... / ... / .....

## Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg  
Pulse (انقباض): ppm

Height (الطول): cm  
Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نمط الدم):  
Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Diastema Closure

التاريخ المرضي: Disease History

Trauma after accident / Maxillary  
zygomatic & mandibular fracture.

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

## الملاحظات العامة و السريرية General &amp; Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

- 1) Sealing & Polishing
- 2) Composite Filling  $\frac{8}{8}$
- 3) Invisalign  $\frac{U}{L}$

Doctor's Signature and Stamp



