



Date: 6/8/2018

File Number: 1000800

Patient Name: Atham Abidi

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25/1/1982 Gender (الجنس): M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): شيعي
Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0504810400

Address (العنوان): T. Sina

How did you know about us: Face book

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History

| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No لا/نعم | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل |
|---|------------------|---|
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | Yes/No لا/نعم | فريزومات |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟ | Yes/No لا/نعم | لا |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | Yes/No لا/نعم | حساسية تقزيرية |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | Yes/No لا/نعم | عملية الزائدة |
| 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 | لا |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | Yes/No لا/نعم | لا |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | Yes/No لا/نعم | لا |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | Yes/No لا/نعم | لا |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | Yes/No لا/نعم | لا |
| For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيديات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية | Yes/No لا/نعم | لا |
| Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | Yes/No لا/نعم | لا |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | Yes/No لا/نعم | لا |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Yes/No لا/نعم | لا |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟ | Yes/No لا/نعم | لا |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc | Yes/No لا/نعم | لا |



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 الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أترك أن بعض الإجراءات التفضيحية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القوم أو النزف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب 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 فحسي الملف صحیح. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي
- 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Broken Filling with pain of short duration with cold

Disease History التاريخ المرضي: *None*

Allergies الحساسية: *Strawberry*

Medications الأدوية: *-*

Pregnancy الحمل: *Just delivered baby*

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى: *-*

Smoking (التدخين): Y / N /

Alcohol (الكحول): Y / N /

Drugs (العقاقير): Y / N /

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Broken Filling good oral Hygiene

الفحص Examination

Recess +ve to cold test

Radiography الصور الشعاعية

التشخيص Diagnosis

Reversible Pulpitis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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 | Ahlem,Abidi | IDN: | 784198217941495 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | احلام بنت مولود عبيدي | Card Number: | 090142095 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | TUN | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | تونس | | |
| Issue Date: | 23/07/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 21/07/2020 | Date of Birth: | 25/01/1982 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 0146294987 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120163110931 | Residency Expiry: | 21/07/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

8/6/2018



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001007)

Date:06-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000800 - AHLAM ABIDI - 971504810400

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 250.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-08-2018

Being

Made by Super Administrator

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