



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 11 / 2 / 2018

File Number: 1000811

Patient Name: Mariam Romy

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17 / 8 / 2002 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Egypt

.....

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 056-4542050

E-MAIL:

How did you know about us: Google

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

Ramyad

Date: 11 / 1 / 18

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمع الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل
- أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل
- أتقدم 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 اي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحصيلية المقدمة لي، كما أتقدم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتقدم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ابرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالاتهاب أو التورم أو التزرف أو الألم أو الحساسية
- أتقدم 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 لدي قدصي السلف صحيحة. و أتقدم ان اي معلومات تتطابق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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: / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

~~Caries~~ Caries out *with*

التاريخ المرضي: Disease History →

الحساسية Allergies —

الأدوية Medications —

الحمل Pregnancy —

Previous Surgeries, Hospitalization
 عمليات سابقة ، إدخال المستشفى →

Smoking (التدخين): Y / N /

Alcohol (الكحول): Y / N /

Drugs (العقاقير): Y / N /

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Mixed dentition 9 years

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Caries class II

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001022)

Date: 11-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000811 - MARIAM RAMY - 971564542050

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 11-08-2018

Being

Made by Ghada

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