



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 2018 / 8 / 2

File Number: 1000815

Patient Name: Nancy Abdulmassih

اسم المريض:

Date Of Birth: 20 / 1 / 1988 (تاريخ الميلاد) : M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية) : Lebanon

.....

Address (العنوان) : Sharaf Shakh

Phone No. (رقم الهاتف): 0552024844

E-MAIL:

How did you know about us: Same building

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
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 امراض؟	Yes/No لا/نعم	
Cardiac surgery,Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلبه، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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)، فوكيميا	Yes/No لا/نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other conditions من أي أمراض اخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحزاز البسيط 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: 11 / 8 / 2018

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 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 السماح باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية العقيمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن 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 قدمته لي قد تم اللف صحيحة و تفهم ان اي معلومات تتعلق 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs Weight (الوزن): Kg Pulse (النبض): ppm Height (الطول): cm Blood Pressure (الضغط الدم): / Blood Type (نصية الدم): Blood Sugar (سكر الدم):	
---	--

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Pain due to traumatic injury to gum

Disease History التاريخ المرضي: -

Allergies الحساسية: -

Medications الأدوية: -

Pregnancy الحمل: *Yes*

Second month

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى: -

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة والسريوية

Good oral Hygiene

الفحص Examination

Pain on palpation

المشاهدات الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Periapical Pocket & broken Filling

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

CAEAIOEBAA830DQXO*

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	Nancy,Abdulmassih	IDN:	784198638046072	Mother Name:	
Name (Ar)	نقسي,نسيم,عبدالمسيح	Card Number:	082349597	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	02/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	28/02/2019	Date of Birth:	02/01/1986	Sponsor Name:	(تبروفاف انتر نيشيونال ليمتد (فرع الشارعه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120102030988	Residency Expiry:	28/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	3115	Occupation Field:	15



Photo

Signature Image

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

8/11/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001046)

Date:13-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000815 - NANCY ABDULMASSIH - 971552024844

The sum of Dhhs. 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: 13-08-2018

Being

Made by Ghada

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