



Date: 2018. 8. 18

File Number: 1000.847

Patient Name: Mohamed Hameed

إسم المريض:

Date Of Birth: 20/04/1978 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Married

Nationality: Syrian (الجنسية) Occupation: (الوظيفة)

Address: (العنوان)

Phone No. (رقم الهاتف): 0507262643

E-MAIL: Hameed.M@omc.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 <input checked="" type="checkbox"/>
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
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 نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) نيميا (فقر الدم)، لوكيميا	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو جنسية؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات : هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتن، فيروس الحلا البسيط	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>

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 أسمع الطبيب 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 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 تعهيد لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قسفي السلف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقييم هذا الأقرار و أن 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

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Scaling + Polishing

Disease History التاريخ المرضي: /

Allergies الحساسية: /

Medications الأدوية: /

Pregnancy الحمل: /

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N /

Alcohol (الكحول): Y / N /

Drugs (العقاقير): Y / N /

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Gingivitis + Calculus

Treatment Plan خطة العلاج

S + P ✓

Composite Fillings 3 2 1 | 1 2 3
3

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO*

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	Mohamed,Abdulhamed,,,Hayani	IDN:	784197862080930	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد عبد الحميد,,,حياي	Card Number:	085873367	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	18/10/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	15/10/2020	Date of Birth:	02/02/1978	Sponsor Name:	نيوريدج فارمستريتكارمطله الابداعيه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120177148634	Residency Expiry:	15/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	1239	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/18/2018