



Date: 20/8/2018

Patient Name: Amer Q.ima

File Number: 1000876

اسم المريض:

Date Of Birth: 22/9/1989 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: سوريا

Occupation: Tech support engineer

Address: Al. Majez 3

Phone No. (رقم الهاتف): 055-7649597

E-MAIL: amer.x.dubai@hmc.ae

How did you know about us: friend

التاريخ الطبي Medical History

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	No
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	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، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكميا	Yes/No لا/نعم	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	No
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	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا/نعم	No
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؟	Yes/No لا/نعم	"
HSV, HIV...etc فيروس الأبتا، فيروس الحلا 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: ... / ... /

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 الأنسب و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التفضيلية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزف 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 صحية و أتفهم ان أي 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 بأكمل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

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 (فصيلة الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

went to Make Crowns

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

N/A

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، الخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

Multiple large fillings

الصور الشعاعية Radiography

P.A X-Ray

التشخيص Diagnosis

RCT need to be redone on #37

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQx0

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	Amer,Gheith,,Qaimch	IDN:	784198950907950	Mother Name:	
Name (Ar)	عمر، غيث، قيمه	Card Number:	082389249	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	06/03/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	22/11/2019	Date of Birth:	27/09/1989	Sponsor Name:	لغاصد انجور ايتك سوليوشن - م م ح
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120167253704	Residency Expiry:	22/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

8/30/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001222)

Date:11-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000876 - AMER QAIMEH - 971557649597

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 682.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-09-2018

Being

Made by

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