



Date: 2018 / 12 / 12

File Number: 1000937

Patient Name: Hassan Adnan

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18 / 11 / 1969 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Iraq

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sha. Fah / Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 0529934907

E-MAIL: Google

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل if 'YES' give details
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	ن
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	ن
Allergies أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	ن
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	ن
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	ن
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	ن
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لويميا	Yes/No نعم / لا	ن
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	ن
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو متناصلة؟	Yes/No نعم / لا	ن
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 نعم / لا	ن
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	ن
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No نعم / لا	ن
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	ن
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	ن
Other conditions مثل أي أمراض أخرى فيروس الإيدز، فيروس الحلا الكبدية...etc	Yes/No نعم / لا	ن



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 إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بطرح 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 بأفضل العلاج والأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.
- أقر أنه يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج النتائج العلاجية والإجراءات الطبية أو التجريبية العقيمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطالبات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لي قضي الملف صحيحاً و أتفهم أن أي معلومات تطبق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المطالبات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

توقيع المريض / علي الأقر لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (دمية الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دمية الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة

One bridge has fallen & came for consultation.

Disease History: التاريخ المرضي: -

Allergies: الحساسية: -

Medications: الأدوية: -

Pregnancy: الحمل: N/A

Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، دخول المستشفى: -

Smoking (التخين): Y / N ✓

Alcohol (الكحول): Y / N ✓

Drugs (دوائى): Y / N ✓

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

N/A

الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

O P O

التشخيص

Treatment Plan خطة العلاج

Treatment Plan A

654	R R R R C B B B R R R
345	8

6 X Zircon Crowns :- 6000 = 8800
 RCT :- 2800

Treatment Plan B

+ 8000	I I 6 7
16800	

Doctor's Signature and Stamp:



