



Date: 16 / 9 / 2018

File Number: 1000948

Patient Name: Fahmicheh Lataf

اسم المريض

Date Of Birth: 19 / 4 / 1991 Gender: M / F

Marital Status: Married

Nationality: Syria

Address: Shaxjah

Phone No. (رقم الهاتف): 052 8669688

E-MAIL: How did you know about us: Gogle

الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم ذكر 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 أي حساسية؟		Yes/No لا/نعم	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		Yes/No لا/نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب عضف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No لا/نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No لا/نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا		Yes/No لا/نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No لا/نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية		Yes/No لا/نعم	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، الوبائي، الصفراء أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No لا/نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No لا/نعم	
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 من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط		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 الأفضل 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 تفهم أي ضمانات أو نتائج لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية القوية لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتقيح أو التورم أو التورم 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 المطالبات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدحه لدي قد بقي المالك صحيحة و اتفهم أن أي مطالبات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون مراقبتي.

أقر أن لدي المطالبات الكاملة لتفهم هذا الإقرار و أن هذا التصريح قد تم شرحه لي بالكامل و التي قد قرأت و قمت جميع تفاصيله بالكامل و اتي وقعت علي بأكمل اراضي

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

2018.09.16

File No:

Date: / /

Patient Assessment

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Check up

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

ملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Nothing Abnormal

الفحص Examination

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Gingivitis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Scaling & Polishing

Doctor's Signature and Stamp:

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Fahmieh,Mhd Hisham,,,Loffi	IDN:	784199169130814	Mother Name:	
Name (Ar)	فهمية محمد هشام لطفى	Card Number:	086856922	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	25/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/12/2019	Date of Birth:	19/04/1991	Sponsor Name:	حازم محمد شائف جلاله
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	96084305
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173707971	Residency Expiry:	18/12/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/16/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001257)

Date:16-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000948 - FAHMIEH LOTFI - 971528669688

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **210.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 16-09-2018

Being

Made by Ghada

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