



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

مودة... إبتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 16/9/2018

File Number: 1000949

Patient Name: Hazem Jarallah

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/5/1988 Gender (الجنس) M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Yemen Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shafah

Phone No. (رقم الهاتف): 0524601180

E-MAIL:

How did you know about us: Google

Medical History التاريخ الطبي	
الدالة الطبية Medical Condition	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل If 'YES' give details
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
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 <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات للدم؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لنيميا (فقر الدم)،	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستيدات : هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا



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 للطبيب علاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل توثيق بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم 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 المتابع باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتوقع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو القوم أو النزف أو الالام أو الحساسية
- أفهم 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 تحمي الملف الصحية و أفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و قُيِّمت جميع تفاصيله بالكامل و لمي وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: 2018.09.16

File No:

Date: / /

Patient Assessment

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

General Check up

Disease History التاريخ المرضي: None

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تخاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Nothing Abnormal

Examination الفحص

Gum Recession /

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Multiple Caries

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

- 1) Scaling & Polishing
- 2) ~~Composite~~ Composite Fillings 876s / 8

Doctor's Signature and Stamp:


Dr. Ghadeer Al-Halabi
Dentist
No. 038882121
Ministry of Health
Karbala

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Hazem, Mohamed, Shaif, Jarallah	IDN:	784198570309439	Mother Name:	
Name (Ar)	حازم محمد شائف جارالله	Card Number:	083771998	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	04/06/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	23/05/2019	Date of Birth:	18/05/1985	Sponsor Name:	شركة الاتحاد الهندسي وخطيب وعلوي ش ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172239237	Residency Expiry:	23/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/16/2018



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001258)

Date:16-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000949 - HAZEM JARALLAH - 971524601180

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**