

Date: 16/9/2018

File Number: 1000952

Patient Name: Alma Shomal

اسم المريض: اظا فادي شومال

Date Of Birth: 16/01/26

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0544455418

E-MAIL:

How did you know about us: Amal

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/تعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/تعم	✓
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/تعم	✓
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/تعم	✓
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/تعم	✓
Cardiac surgery,Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب قضايب القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/تعم	✓
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/تعم	✓
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/تعم	✓
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/تعم	✓
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض الجنسية؟	Yes/No لا/تعم	✓
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/تعم	✓
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، اليرقان، أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/تعم	✓
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No لا/تعم	✓
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/تعم	✓
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/تعم	✓
Other conditions HIV...etc قيودس الأيدز، فيروس الحلا البسيط HSI, HIV...etc	Yes/No لا/تعم	✓



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 بإجراء حالي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتخصصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكره 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 تعهدات لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقترحة لي، كما أفهم المخاطر و العواقب المتتالية عن عدم استكمال علاج حالي المرضية.

أفهم تماماً كافة الاخطار و العواقب التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقضي على 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 قدمت لي تحتوي الملف الصحية و أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون عناقصي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و قمت جميع تفاصيله بالكامل و لمي وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ١٦ / ١٠ / ٢٠١٩

File No:

Date: / /

Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings
الملاحظات العامة و السريرية

Nothing Abnormal

الفحص Examination

Pain on percussion

المشور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Multiple caries & early loss of
teeth due to caries

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Referred to a pedodontist to
consult regarding space maintainer
& OPG.

Doctor's Signature and Stamp


د. عبد الحليم المرادوي
Dr. Abdul Haleem Al Mardawi
ممارس عام - طبيب أسنان عام
General Practitioner Dentist
MOH License No.: D38021
مركز أوكيد الطبي Okid Medical Centre

