



Date: 17/9 / 2018

File Number: 1000954

Patient Name: Mohamed Gha Zal

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1 / 2 / 1985

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Married

Nationality (الجنسية): Egypt

Occupation (الوظيفة): Accountant

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0501103701

E-MAIL:

How did you know about us: Google

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	No
Confiteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات 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 تعاطى من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب قشغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No لا/نعم	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف، او تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) (نيميا ابيض) Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبيانات: هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء اي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى	Yes/No لا/نعم	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	No
Other conditions من أي أمراض أخرى فيروس الالتهاب الكبدي الوبائي... HIV... etc	Yes/No لا/نعم	No



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: 16/9/2019

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بخلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
العؤول.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي
بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 تفهم أي ضمانات أو تفهيم لتنازع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية
المقصة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الإجراءات
الداخية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات
كالاتهاب أو القويم أو القزف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم يحد الأخصي 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 بقي السلف صحيحة و
أتفهم ان أي معلومات تتطرق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: / /

Patient Assessment Form

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

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة

Want Zoom whitening

Disease History: التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
 عمليات سابقة ، الخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N
 Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

المور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Staining

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

- 1) Zoom whitening with home bleaching
- 2) Multiple fillings

Doctor's Signature and Stamp:

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Mohamed Farid,,,Elbyaly Ghazal	IDN:	784198563270820	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد فريد,,,البيلى غزال	Card Number:	086259354	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	12/11/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	07/11/2019	Date of Birth:	01/02/1985	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120082713673	Residency Expiry:	07/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2411	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image


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

9/17/2018

