



Date: 19/9/2018

Patient Name: Khalid Assi

File Number: 1000965

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 10 / 11 / 1986 Gender: (M) / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Egypt

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 050 150 78 78

How did you know about us: Google

E-MAIL:

الطبيب	اسم المريض
Medical Condition	إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent of current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا / نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No لا / نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا / نعم
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	Yes/No لا / نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا / نعم
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتناول أي مميعات للدم؟	Yes/No لا / نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا / نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا / نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا / نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للإناث: هل أنت حامل؟ هل تعاني 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 HIV, HIV... هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس نقص المناعة البشرية، فيروس نقص المناعة البشرية...	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):

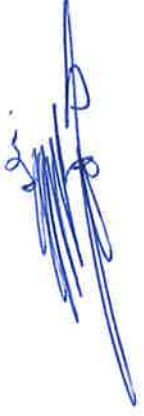
Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و تسمح الطبيب بحالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أقر ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميمي
بالحال الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أقر ان من الممكن ان يتكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص
الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- أقر ان بعض الإجراءات المتخذة كل الإجراءات الطبية و الإجراءات الأخرى و المطلوبة بحكم
خير المصلحة و الطبية.
- أقر ان لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعين نتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية
التي قد يتم تقديمها كما انهم الاختار و المشاعر المتخمة عن عدم استكمال علاج حالتي
التي قد يكون لها آثار صحية و النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية و النفسية و
الاجتماعية و الجراحية.
- أقر ان من هناك يسمح بالحد الأدنى يجب علي نفسي مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع
الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي تفصي الملق صحيحة و
انهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون
عيافتي
- أقر ان في المعلومات الخاصة بتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و
أني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقت توقيع هذا النموذج

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

19.../.../18



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: مشيبي زياره المريض للحياه

Disease History: التاريخ المرضي: /

Allergies الحساسيه: /

Medications الادويه: /

Pregnancy الحمل: /

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقه , احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N /

Alcohol (الكحول): Y / N /

Drugs (الاقايمي): Y / N /

General & Clinical Findings: الملاحظات العامه و السريره

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Gingivitis & caries

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp:

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO*

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	Khalid,Gamal,Elsherbini,,Ali Assi	IDN:	784198646305080	Mother Name:	
Name (Ar)	خالد جمال الشربيني, علي عيسى	Card Number:	090469374	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	14/08/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	12/08/2021	Date of Birth:	10/11/1986	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120157148617	Residency Expiry:	12/08/2021
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/19/2018



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001277)

Date:19-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000965 - KHALID ASSI - 971501507878

The sum of Dhs. **Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-09-2018

Being

Made by Ghada

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