



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 27/2/2018

File Number: 1000977

Patient Name: Layan Ahmed

اسم المريض

Date Of Birth: 16/11/2001

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Unmarried

Nationality (الجنسية): Jordan

Occupation (الوظيفة): Student

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0565256765

E-MAIL:

How did you know about us: Friends

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم تذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No لا نعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No لا نعم	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No لا نعم	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟	No لا نعم	علاج القلب
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No لا نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No لا نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No لا نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No لا نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No لا نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	No لا نعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء أي أمراض كبدية أخرى	No لا نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون أي أمراض معوية أخرى؟	No لا نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No لا نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No لا نعم	
Other conditions HIV... فيروس الإيدز، فيروس الحماق المبيض... HIV... هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	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 of 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 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 بتلحاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التعامل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما فكر في الفحص الأولي والتي 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 نتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أمرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتقيح أو التورم أو النزيف أو الألم 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 قمت به لدى قسمي الملف الصحية و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإفلاخ عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و لدي وقت علي التعامل و الردني

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

التاريخ: ... / ... / .....



Treatment Plan خطة العلاج

- 1) Pulpectomy for  $\overline{E1}$  ✓
- 2) Composite Filling  $E1$
- 3) Composite Filling  $LE$

Doctor's Signature and Stamp

.....







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001297)

Date:22-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000977 - LAYAN AHMAD - 971565256765

The sum of Dhs. Two Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 250.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-09-2018

Being

Made by Ghada 

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