



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 22/9 / 2018

File Number: 1000979

Patient Name: Anna Sultan Nassour Ali

اسم المريض:

Date Of Birth: 23 / 5 / 1985 Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية) Single

Nationality: (الجنسية) UAE

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): SAJ

Phone No: (رقم الهاتف): 056-2225452

E-MAIL: anna.sultan@orchidmedical.com

How did you know about us: Internet

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 دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	No
Allergies أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	No
Surgical Operations, Serious Illness هل أجرت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب عضلات القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مسيجات للدم؟	Yes/No لا/نعم	No
Anemia (فقر الدم)، Leukemia (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	No
Renal, Urmay, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No لا/نعم	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	No
Other conditions من أي أمراض أخرى: AIDS, HIV ... etc فيروس الإيدز، فيروس الحصبة ... 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 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 بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التعامل
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تنفيذ العلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهدات لتأجيل العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجنبية الصحيحة لي، كما أفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 قدمته لي تفصي المفصولة و الصحيحة و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اعي وقت علي كامل راضي

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

التاريخ: ... / ... / .....

File No: .....

Date: / /

## Patient Assessment

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

سبب زيارة المريض للعيادة  
Chief Complaint

Protrusion & Crowding

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

الأدوية (Drugs): Y / N

## General & Clinical Findings

الفحص Examination

المشاكل الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Protrusion & crowding for teeth

Treatment Plan خطة العلاج

~~25,000~~

- ① → Invisalign 18,000 5 years
- ② 3D Ortholine 12,000 2 years  
U+L 9,000  
L 6,500  
+ 1,000

60% →

Doctor's Signature and Stamp

