



Date: 23/9/2018

File Number: 1000983

Patient Name: Abdulla Alshamsi

اسم المريض:

Date Of Birth: 27/10/1997 Gender: (M) / F

Marital Status: (الجماعية)

Nationality: (الجنسية): Emirati

Phone No: (رقم الهاتف): 0563943666

Address: (العنوان): Om-Elqain / Abu Drabi

E-MAIL:

How did you know about us:

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي دواء أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	<input checked="" type="radio"/> No	
Coriosteroids/immunosuppressant هل تتناول أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	<input checked="" type="radio"/> No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	<input checked="" type="radio"/> No	حساسية في اللثة
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	<input checked="" type="radio"/> No	كسر ظهري
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	<input checked="" type="radio"/> No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات للدم؟	<input checked="" type="radio"/> No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	<input checked="" type="radio"/> No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	<input checked="" type="radio"/> No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	<input checked="" type="radio"/> No	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيديات: هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي حبوب للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية	<input checked="" type="radio"/> No	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	<input checked="" type="radio"/> No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	<input checked="" type="radio"/> No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	<input checked="" type="radio"/> No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	<input checked="" type="radio"/> No	
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس نقص المناعة البشرية، HIV...etc	<input checked="" type="radio"/> 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 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 بمعالجة المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التوقيع
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الاقصد 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 تقديم أي ضمانات أو تخفيف لتأثيرات العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية العكسية أي، كما أتفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالانقباض أو التورم أو التوريق أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي تفصي السلف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتناقض بحالتي المسجلة ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وافقت علي تكامل برادعي

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

التاريخ: 2018 / 09 / 27

File No:

Date: / /

Patient Assessment

مؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (دم):

Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History (التاريخ المرضي):

Allergies (الحساسيات)

Medications (الأدوية)

Pregnancy (الحمل)

Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة ، أحوال المستشفى)

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تدخين العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings (الملاحظات العامة و السريرية)

Neglecting Patient

الفحص Examination

Severe Bleeding of gum / Plaque

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Chronic gingivitis.

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

- Scaling every 4 weeks
- Mouthwash 3 x Day
- Extra soft brush
- Fluoride applications
- Extraction for 6/

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	Abdulla Humaid,Saeed,Bin Harmal,Alshamsi	IDN:	784199798069201	Mother Name:	
Name (Ar)	عبدالله حميد سعيد بن حرمل الشامسي	Card Number:	077811939	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	501002673
Issue Date:	01/04/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	01/04/2021	Date of Birth:	27/10/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/23/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001306)

Date:23-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000983 - ABDULLA ALSHAMSI - 971563943666

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

Bank: Cheque No.

Date: 23-09-2018

Being

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001332)

Date:29-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000983 - ABDULLA ALSHAMSI - 971563943666

The sum of Dhs. **One Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **100.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-09-2018

Being

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