



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 23/9/2019

File Number: 1000986

اسم المريض

Patient Name: Mrs. Taifa Soultman

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/9/1980 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): الكويت Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0504366592

E-MAIL: 06041366692

How did you know about us: M/ Jihon

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 أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	نعم
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	نعم
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستيدات: هل أنت حامل؟ هل تعاليت أي مانع للحمل؟ هل تعاليت من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم / لا	نعم
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	نعم
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	نعم
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	نعم
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	نعم
Other conditions: فيروسات أخرى؟ أمراض HIV...etc فيروس الأيدز، فيروس الحزاز المسيط...etc	Yes/No نعم / 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 أسمح للطبيب بتلجح حادتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التعامل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميمي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما فكر في الفحص الأولي و الذي 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 تفهين لتتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المهمة لي، كما أفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حادتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الإجراءات الملاحية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتحايب أو التوريم أو التوريف 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 قمته لمي فتحي الملف صحيفه و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحادتي الصحية سيقضى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لمي الطبيات الكلمة أفهم حذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و قمت جتج تفاصيله بالكامل و لمي وقت علي بتكامل برادعي

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

..... / /

Patient Assessment

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

he made a filling in Egypt few weeks ago
 Filling has fallen

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 (تخاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة والمسريرية

None

الفحص Examination

Pain with cold

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Broken Filling & Caries

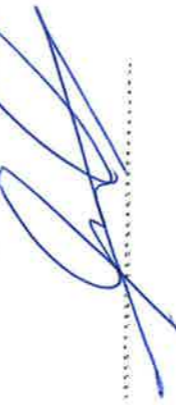
File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

- 1) Fillings / 67
- 2) Scaling & Polishing

Doctor's Signature and Stamp





مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

400.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001307)

Date:23-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000986 - MOSTAFA SOULIMAN - 971504366592

The sum of Dhs. Four Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 400.00 / 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