

Date: 23/9/18

File Number: 1000987

Patient Name: Saubhi Kalash

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 30/7/1988

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) M / F

Nationality (الجنسية): ...

العزيب

Address (العنوان): Dubai IMBZ Kake Side Bldg

Phone No: (رقم الهاتف): 0567269333

E-MAIL: Sa-Kalash@hotmail.com

How did you know about us: Google

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؟	No	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي بستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلبه، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتناول أي مميعات للدم؟	No	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	No	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستبيات: هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	No	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	No
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحصبة...etc	No	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 بحاجاتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموافقة
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالصحة والنظر و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يحتاج الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهدات لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية الشخصية لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حاجاتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أترك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التورم أو الألم أو الحساسية
- أتفهم 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 المطالبات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد تم فحص الملف صحيفته و أتفهم أن أي مطالبات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المطالبات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و التي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و لدي وقت علي كامل ورضي

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

23/9/2018
التاريخ

Patient Assessment

Vital Signs الحيوية المؤشرات

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نوعية الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint شكاوى المريض للحياة

Pain

Disease History التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، الخال المستشفى

Smoking (التدخين): N / Y

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاوي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings ملاحظات العامة والمبرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

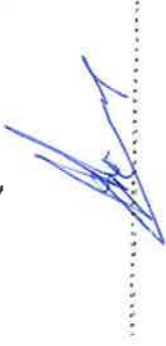
Pulpitis

File No:

Date: / /

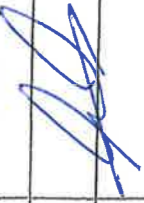
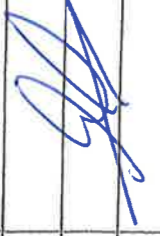
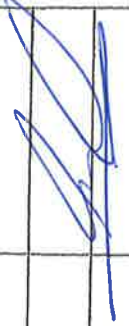
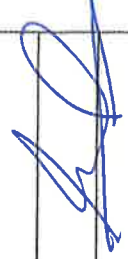
Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
23/9/2018	RCT Emergency TTT (← 17)	900 ₪		
	€ Extraction 16	200 ₪		
29/9/18				
29/9/2018	M.P. for 17			
	MO: 19 35			
	M-D: 18 35			
	L2 2A 40			
6/10/2018	Composite filling + Obstruction			
	31 Nov 2018			
	→ Examination of L6 and X-ray for L6 Nothing upnormal have been seen only pockets have been seen visually through probing (Normal saline wash around the pocket + antibiotic prescription (amoxicillin 3 times → 5 days + Kin mouth wash two times and advised to the patient).			

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Soubhi,Abdulkarim,,Kalash	IDN:	784198854310756	Mother Name:	
Name (Ar)	صبيح عبدالكريم بركات	Card Number:	081039014	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	27/11/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	23/11/2018	Date of Birth:	30/07/1988	Sponsor Name:	شركة دامك العقارية شذم
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120142707200	Residency Expiry:	23/11/2018
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/23/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001309)

Date:23-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000987 - SOUBHI KALASH - 971567269333

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,100.00 / 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