



Date: 29 / 2018

Patient Name: Mahamed Abdallah File Number: 1000999

Date Of Birth: 23 / 3 / 1992 Gender: (M) / F اسم المريض

Nationality: (الجنسية) Cameroun Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Address: (العنوان) Shaaljah Phone No. (رقم الهاتف): 050.6770887

E-MAIL: How did you know about us: Al Wasl

الحالة الطبية	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكى بالتفصيل
Recent of current drugs/Medical Treatment حل تعاطى في اى اوقات حديثة	Yes/No نعم/لا	
Corticosteroids/immunosuppressant حل تعاطى في سكريبات او مضادات للتهاب	Yes/No نعم/لا	
Allergies حل لديك اى حساسية	Yes/No نعم/لا	
Surgical Operations, Serious illness حل اجريت في عمليات جراحية او اى امراض	Yes/No نعم/لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حتى روماتويد، التهاب شغاف القلب صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No نعم/لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants حل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تعاطى في مضادات للدم	Yes/No نعم/لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، وليميا	Yes/No نعم/لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	Yes/No نعم/لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من اى امراض في الكلى او امراض جولية او جنسية	Yes/No نعم/لا	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: حمل الحمل، هل تعاطى من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم/لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، الوبائي، الصفراء اى امراض كبدية اخرى	Yes/No نعم/لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، راء كولن، اى امراض معوية اخرى	Yes/No نعم/لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع او اى امراض في الجهاز العصبي	Yes/No نعم/لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية	Yes/No نعم/لا	
Other conditions هل تعاطى من اى امراض اخرى	Yes/No نعم/لا	
HSV, HIV...etc فيروس الهربس، فيروس نقص المناعة البشرية	Yes/No نعم/لا	

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 بحاجاتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تربي
بالتعالج الأفضل و العذبة الاكمل.
- أفهم انه من الممكن ان يحتاج الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما تكلمني الفحص
الأولي و الذي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- أفوض للطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم
خبرته المهنية و الطبية.
- أقر انه لم يتم تخيم أي ضمانات أو تفويض نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية
المقترحة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الاجراءات
الملاحية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقري الي مضاعفات
كالتهاب أو التقيؤ أو التورم أو الألم أو الحساسية
- أفهم ان هناك رسوم و ائتماني يجب علي دفعها مقابل الخدمة الملاحية و ان جميع
الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تفصي المرفصحة و
أفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي
- أقر ان فهمي للمعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه و كملت اوراقني

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

..... / /

File No:

Date: / /

Patient Assessment

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

Blood Type (نوعية الدم):
Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaints شكاوى المريض للحياة
won = cleaning

Disease History التاريخ المرضي: -

Allergies الحساسية: -

Medications الأدوية: -

Pregnancy الحمل: -

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، أحوال المستشفى: -

Smoking (التدخين): Y / N
shisha

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Good Oral Health & Hygiene

Examination الفحص

Mild P.O.B ,

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Mild Gingivitis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

- Scaling & Polishing
- Composite filling $\frac{6}{6}$

on October

]

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	Mohamad Abdallah,Ahmad,,Mohamad	IDN:	784199269075158	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد عبدالله احمد ,محمد	Card Number:	080331848	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	09/10/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	24/09/2019	Date of Birth:	23/03/1992	Sponsor Name:	التيهه العلمه -دبي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	02010000123465
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123187110	Residency Expiry:	24/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	09	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image


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

9/30/2018