

File No: 10.01125

Date: 3 / 11 / 2018

Date: 25/9/2017

File Number: 1001125

Patient Name: Mohamed M. Mohamed

إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25/9/1987 M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة): Engineer

Address (العنوان): D.I.C

Phone No. (رقم الهاتف): 0507675713

E-MAIL: Mohamed.Mohamed@eg.orchid.com.eg

How did you know about us: Friend

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبوتات المناعة؟	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes Lactose
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى، أو أمراض بولية، أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح الحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري، أو أمراض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط etc	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 services, 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 بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميدي
بالتعالج والنظف و الخدمة الأفضل.
أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أسياً مختلفة عن ما ذكر في القمص
الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
أفوض الطبيب المعالج بإدخال كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم
خبرته المهنية و الطبية.
أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية
التي قد تتطلب إجراء الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
أفهم تماما كافة الخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة القوصات و الإجراءات
العلاجية و الجراحية.
و ابرن ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات
كالتهاب أو التورم أو التقيؤ أو الألم أو الحساسية
تفهم أن هناك رسوم يأخذ الأدمى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع
الرسوم المستلزية يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لي تم تحفي للفق صحية و
أفهم ان اي معلومات تتلخ بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما لا يمكن الاطلاع عليها دون
مراقتي
أقر أن لفي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / واعي الأمر لمن هم دون السن القانونية):

محمد محمد محمد

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (البن): Weight (kg)	الارتفاع (السن): Height (cm)	نوع الدم (الدم): Blood Type
النبض (النبض): Pulse (ppm)	ضغط الدم (الدم): Blood Pressure (/)	السكر (الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للمعيمة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، دخول المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N Smoking

الكحول (الكحول): Y / N Alcohol

الأدوية (الأدوية): Y / N Drugs

ملاحظات عامة و سريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Rebonding Damon Bracket at 13



Doctor's Signature and Stamp

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001588)

Date:03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001125 - MAHMOUD JAMAL - 971507675713

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 300.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-11-2018

Being

Made by Ghada

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