

File No: 1001141

Date: 6/11/2018

Date: 6/11/2018

File Number: 1001141

Patient Name: Majid AL ALI

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11/11/1988 M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): سعودي Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Safah

Phone No. (رقم الهاتف): 05051011912

How did you know about us: Google

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	خ	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي كورتكوستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	خ	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	خ	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي امراض؟	خ	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	خ	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	خ	
Anemia, Leukemia (قرح الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	خ	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، امراض اخرى	خ	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض يولية أو تناسلية؟	خ	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حاملة؟ هل تتعاطين أي مفتح الحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	خ	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية اخرى	خ	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	خ	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	خ	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو امراض الغدة الدرقية؟	خ	
Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحماق النطاقي	خ	



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: ... / ... /

تمودج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بتاجح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل
- تفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تنفيذ العلاج / النقل و الخدمة الأفضل.
- تفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج لغيرا محظية عن ما ذكر في القصة الأولى والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقصية لي. كما تفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- تفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة القيصات بالإجراءات العاجية و الجراحية.
- و اسرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتقيح أو التوريم أو التوريف أو الأكل أو الحساسية
- تفهم أن هناك رسوم يالد الأذى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطاريات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي تفهمي الملف صحية. و تفهم أن أي مطاريات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لفي المطاريات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا التمودج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و قيمت جميع تفاصيله بالكامل و اني رقت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ٢٠١٧/٠٦/٠٧

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs للؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): kg

Height (الطول): cm

Blood Type (نوعية الدم):

Pulse (النبض): bpm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings ملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Scaling & Polishing → 150
Dhs.

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Daba

REDAD DATA

cAeA10IEBAa830DQXO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Majid,Yousif,Rashid,Binyousif,Ali-Ali	IDN:	784199121857306	Mother Name:	
Name (Ar)	ماجد يوسف رشيد بن يوسف آل علي	Card Number:	085618144	Mother Name (Ar):	301026430
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Sponsor Type:	
Issue Date:	06/10/2017	Sex:	M	Sponsor Name:	
Expiry Date:	06/10/2027	Date of Birth:	11/11/1991	Sponsor Number:	
Marital Status:	03	Husband IDN:		Residency Expiry Number:	
Residency Type:		Occupation:	98	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

11/6/2018



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

50.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001622)

Date:06-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001141 - MAJID AL ALI - 971501011912

The sum of Dhs. **Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **50.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 06-11-2018

Being

Made by  Ghada

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