



Date: 9.12.2019

File Number: 1.00.15.86

Patient Name: A.hmed.k.khaled

اسم المريض: A.hmed.k.khaled

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/9/2003

Marital Status:(الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): Qatar

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 3262799

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	Proctan only
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	البس
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	نعم	لنز لحمة جروكناز
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعت الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	انيميا بجر
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ فيروس الأبتير، فيروس الحلا البسيط etc	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 بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي 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 اي ضمانات او تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحليلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحابة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي اللغف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / ...

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
الوزن (الغرام): Weight (g):	Kg
الطول (السم): Height (cm):	cm
النبض (الدقات/دقيقة): Pulse (b/min):	ppm
ضغط الدم (السم/السم/السم): Blood Pressure (mmHg):	/ /
نوع الدم (السكر): Blood Type (sugar):	Blood Sugar

سبب زيارة المريض العيادة Chief Complaint

Teeth not look align

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسيات: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة, Hospitalization عمليات سابقة, Hospitalization	
التدخين: Smoking (Y / N)	Y / N
الكحول (التدخين): Alcohol (Y / N)	Y / N
أدوية (التدخين): Drugs (Y / N)	Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

all arch not to shape

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Class I Molar Edge to Edge b.l.r
SK. Class III
Prominent Chin, SI profile

Treatment Plan خطة العلاج

9/2/2019

Medible deviation to left on opening
 have some Click sound
 Upper Midline 1 mm to Rt
 lower Median 5 mm to left-
 Class I Molar

Et-Ceph & OPG Advices

Tx time - 1 1/2 almost

Tx plan - 4th Extraction

Tx Cost - 3500, Retaine cost 1000 for FSR &
 ESS.70.



Doctor's Signature and Stamp

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	True
Modifiable Data (SF5)	True
Holder Signature Image (SF7)	True
Photography	True
Home Address	True
Work Address	True

Card Holder Information

Name	Ahmad,Khalid,M,A Al Emadi,	IDN:	784200305408633	Mother Name:	
Name (Ar)	احمد خالد محمد احمد المرادي	Card Number:	060187171	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	QAT قطر	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	
Issue Date:	10/10/2012	Date of Birth:	19/09/2003	Sponsor Name:	
Expiry Date:	10/10/2017	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	11	Occupation Field:	99

Photo



Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

2/9/2019