



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1001942

Date: 11/4/2019

Date: 11/4/2019 File Number: 1001942

Patient Name: ABUMAAZ SHAIKH. اسم المريض: .....

Date Of Birth: 24/04/1992 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): U. Name: .....

Nationality: (الجنسية): ..... Occupation: Pharmacist. (الوظيفة): .....

Address: (العنوان): 446... .. Phone No. (رقم الهاتف): 99999999. (رقم الهاتف): .....

E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
هل تعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثاً؟ Recent or current drugs/Medical Treatment		No	
هل تعاطى أي سترويدات أو مضطبات المناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant		No	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies		No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious Illness		No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي سميكت للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		No	
هل لديك فقر الدم، لوكيميا (سرطان الدم) أو أنيميا؟ Anemia, Leukemia		No	
هل لديك أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السعال، أمراض أخرى؟ Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other		No	
هل تعاني من أي امراض في الكلى أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		No	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems		No	
هل لديك التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى؟ Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		No	
هل لديك قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		No	
هل تعانين من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease		No	
هل تعانين من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes		No	
هل تعانين من أي أمراض أخرى؟ Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc HSV, HIV...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 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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ١١ / ٥٦ / ٢٠١٩

### 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما تفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات 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 الصلابة

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 لدي قد بقي الملف صحيحاً و تفهم ان أي 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

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/ /	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، أبحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

consultation ;  
main complaint = Anterior cross bite

Doctor's Signature and Stamp

.....

