



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date 29/5/19

Date 29/5/2019

File Number: 1002214

Patient Name: k.hawland Ghazgha Zi

إسم المريض: كحلو غزغزاني

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 1/3/1976

Gender (الجنس) : M F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية) : سورية

Occupation (الوظيفة) : كحلو

Address (العنوان) :

Phone No. (رقم الهاتف): 0582277193

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	نعم	
هل تتعاطى أي مضروبات أو منبهات المناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	نعم	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	نعم	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	نعم	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	نعم	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	نعم	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	نعم	
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السعال، امراض اخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	نعم	
هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	نعم	
هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	نعم	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	نعم	
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	نعم	
هل تعانين من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	نعم	
هل تعانين من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	نعم	
هل تعانين من أي امراض اخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV...etc	نعم	



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: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموفى،

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 التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة 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 الالم 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 لدى فحفي للملف صحيحة و أتفهم 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 بكمال ارادتي

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

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

التاريخ: / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Midline diastema

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسية:		
Medications الأدوية:		
Pregnancy الحمل:		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , اذخال المستشفى:		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Midline diastema
Class II Malocce.

Treatment Plan خطة العلاج

29/5/2019
4/4 Extraction Cost — 147.

LT Cepha OP & advice

3500 + 700 for retainers Extra-



Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAeAIOEBAA83ODQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Suc

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	Khouloud,,,Ghazghazi	IDN:	784199653907305	Mother Name:	
Name (Ar)	خولود بنت رضا غزغزي	Card Number:	093367243	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	تونس		
Issue Date:	28/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	25/02/2021	Date of Birth:	31/03/1996	Sponsor Name:	توف لتصميم الازياء والملابس
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	40120192014191	Residency Expiry:	25/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/29/2019