



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002471

Date: 7/7/2019

Date: 7/7/2019 File Number: 1002471

Patient Name: Mohammad Khattab اسم المريض: محمد صبحي خنيط

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 7/11/1979 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Egyptian (مصري) Occupation (الوظيفة): Engineer (مهندس)

Address (العنوان): S.Hj Phone No. (رقم الهاتف): 01025050505

E-MAIL: eng.sawwan.2000@gmail.com 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 Medical Condition			
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment		نعم	
هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant		لا	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies		لا	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟ Surgical Operations, Serious Illness		لا	
جراحة القلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		لا	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		لا	
أنيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia		لا	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، الربو، أمراض أخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other		لا	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		نعم	كصحة نزيله باللب
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems		/	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		لا	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		لا	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease		لا	
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes		لا	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc Other conditions HSV, HIV...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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: 7. / 7. / 2019

### 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 يكشف 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار 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 القرح أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحي الملف صحية، و أتفهم أن اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

امتنعازة تقببم المرعبف Patient Assessment Form

المؤشرات الءبوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (أمصبة الدم):
Pulse (البض):	ppm	Blood Pressure (أمفط الدم):	/	Blood Sugar (أمكر الدم):

سبب زبارة المرعبف للعبارة Chief Complaint

البارف المرعبف: Disease History

الءساسبة Allergies

الأءوبة Medications

الءمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عملبات سابفة ، اءءال المسءشفى

Smoking (الءءفبف): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (الءافافف): Y / N

الملاءءفط الءامة و السربفة General & Clinical Findings

الفءص Examination

الصور الشعاعفة Radiography

الءءفبف Diagnosis

## Treatment Plan خطة العلاج

- severe pain in the lower wisdom right side with a big swelling (abscess) over the tooth and a swelling in the right side of face in addition to a lymphadenopathy in the right side of the face.
- patient is already under medication (clarodar 1gm + ofen).
- advised him to have one injection of hydrocortisone (after asking Dr. Chino advice).
- Needs surgical removal of 87 tooth.

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Daker



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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	Mohammad,Samer,Mohammad Kattab	IDN:	784197913686586	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد سامر محمد كطاب	Card Number:	086576649	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	SYR الجمهورية العربية السورية	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	06
Issue Date:	05/12/2017	Date of Birth:	07/11/1979	Sponsor Name:	ارام للاشاعات من ذ م م فرع دبي
Expiry Date:	26/11/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	01	Residency Number:	20120132460381	Residency Expiry:	26/11/2019
Residency Type:	02	Occupation:	3112	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo



Signature Image

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

7/7/2019