



File No:

Date: 23/11/19

Date: ... / ... /
Patient Name: Mahd Majidi
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13/11/1988 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج
Nationality (الجنسية): عسكورية Occupation (الوظيفة): معلمة
Address (العنوان): صاف - دك Phone No. (رقم الهاتف): 05444572338
E-MAIL:

How did you know about us: Sk

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|---|-------------------------------------|---|
| الحالة الخيية 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؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | Stomach Pain |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغات للدم؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو تناسلية؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative Colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط | <input checked="" type="checkbox"/> | |



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 المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمل 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 أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم شاماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الاجراءات 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فحسي للملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

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

التاريخ: ١١ / ١٠ / ٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Teeth are not good in Smile

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

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

ORL, U. Cepha

التشخيص Diagnosis

100% Deep bite Case
And - Root -
+ Mesial -

Treatment Plan خطة العلاج

31 yr Male P.

Complete 100% deep bit

Need almost 2 yr.

7000 AED + 700 for retainers

Down Payment 2000. then 3000 per month

Metal braces

life

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQxO

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 | Mohamed, Magdi, Gaber, Abouelseoud, Ibrahim | IDN: | 784198883680310 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | محمد مجدي جابر ابو السعود ابراهيم | Card Number: | 093957090 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | EGY | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | مصر | | |
| Issue Date: | 04/04/2019 | Sex: | M | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 31/03/2021 | Date of Birth: | 21/02/1988 | Sponsor Name: | ابراهيم ششم |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120192153831 | Residency Expiry: | 31/03/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 1233 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

11/23/2019