

8 Zircon } upper  
2 extraction  
2 root canal

1 extraction  
6 zircon  
6 veneers } lower

~~105~~  
3 EX = 150 = 450  
14 Zircon = 14,000  
2 RCT = 650 = 1300  
6 Veneers = 340 = 2100



File No: .....

Date: 27 / 1 / 20

Date: ... / ... / .....

File Number: 1003389

Patient Name: UHAM JALAL RAOUF

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1 / 7 / 55 M / (F) Gender

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): .....

Occupation (الوظيفة): Housewife

Address (العنوان): Sharqia

Phone No. (رقم الهاتف): 056 1111 74 33

E-MAIL: .....

How did you know about us: Friends

| التاريخ الطبي                                                                   |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Medical Condition                                                               | الحالة الطبية                                                        |
| Recent or current drugs/Medical Treatment                                       | هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟                           |
| Corticosteroids/Immunosuppressant                                               | هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟                              |
| Allergies                                                                       | هل لديك أي حساسية؟                                                   |
| Surgical Operations, Serious Illness                                            | هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟                      |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, End valve, Congenital heart valve, Chest pain | أمراض القلب                                                          |
| High Blood Pressure, Bleeding disorder                                          | هل تعاني من مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟                 |
| Anemia, Leukemia                                                                | با (سرطان الدم)                                                      |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis                                               | سوء، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى                             |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted diseases                                   | اض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟                               |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems                               | أي موانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟                 |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases                                       | ب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى                        |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other gastrointestinal diseases       | قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟                           |
| Epilepsy, or any other neurological disease                                     | هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟                      |
| Thyroid Diseases, Diabetes                                                      | هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟                       |
| Other conditions (HIV, Hepatitis, etc.)                                         | هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc |

## 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: 2.7.2023



## نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل وخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات والإجراءات الطبية أو التخيلية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- وأدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لدي قمتي للملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفلاخ عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار وان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل واني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اوني 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: ... / ... / .....

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

|                       |                              |                             |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Weight (الوزن): 90 Kg | Height (الطول): 170 cm       | Blood Type (نموية الدم): A+ |
| Pulse (النبض): ppm    | Blood Pressure (ضغط الدم): / | Blood Sugar (سكر الدم):     |

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

