



File No: .....

Date: 30/12/19

Date: 30/12/19

File Number: 1003685

Patient Name: Salad Rami Nimer

إسم المريض: .....

Date Of Birth: 24/12/07

Marital Status: (M) / F

Nationality: Palestinian

Occupation: Student

Address: Ajlun

E-MAIL: ramini125@hotmail.com

Phone No. (رقم الهاتف): 050-5151989

How did you know about us: .....

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 تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	No	
هل تعاطى أي مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	No	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious illness	Yes	ازالة اللوز
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	No	
أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	No	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	No	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No	
هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	No	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	No	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	No	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	No	
هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	No	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions 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: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

أوافق وأسمح 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 تعمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية  
المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محاصبة للفحوصات و الإجراءات  
العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات  
كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم 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 لي فني الملف الصحية و  
أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون  
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: 12/19/2019

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Teeth looks out

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 (العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Advice - o PC

Diagnosis التشخيص

3/ empty I3 Mxq, TE carion broken  
↑ overjet due to 1/1 Protrusion 6-8 mm  
lip biting  
Class II (End On) Molar

خطة العلاج Treatment Plan

1- 1 1/2 yr by Metal braces  
5000 + 700 for retainer  
Down pay - 1500  
Every Month 300

*[Signature]*

Doctor's Signature and Stamp

.....

