



File No: .....

Date: 5/3 / 2020

Date: ... / ... / ..... File Number: 1004193

Patient Name: ADIB TAZI <sup>v</sup> إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 01/08/84 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 0565266708

Address (العنوان): Doha <sup>v</sup> E-MAIL: ma. adib@yahood.com How did you know about us: xrb

| التاريخ الطبي<br>Medical History  | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية<br>Medical Condition  |                    |   |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟  | No                 |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | No                 |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | No                 |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟   | No                 |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | No                 |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | No                 |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم)، انيميا   | No                 |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى   | No                 |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟  | No                 |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | No                 |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى   | No                 |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   | No                 |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  | No                 |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟  | No                 |   |
| Other conditions<br>Other conditions HIV...etc<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط  | 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: ٢٥/٥/٢٠٢٠



### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المروف.

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 أمورا مختلفة عن ما نكر 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو 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 الي 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 قدمت لي فتحي الملف صحية و أتفهم أن أي 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 شرحه 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

Treatment Plan خطة العلاج

Aligner

1000 he will pay before Impression  
then remaining money within 2 months  
may be 6 or 8 Thousand depend On No. of  
Aligners.

4/5/3/2020

Doctor's Signature and Stamp

سجل تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Want. to label his teeth

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات المستشفَى  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking) : Y / N

الكحول (Alcohol) : Y / N

أدوية العقاقير (Drugs) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

التصوير الشعاعية Radiography

Advice - o pg

التشخيص Diagnosis

Missing  $\frac{5}{5}$  /  $\frac{6}{6}$

Mild space between lower anterior



File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (نمط الدم):  
 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 ، اذخال 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

Diagnosis التشخيص

