



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number:

Patient Name:

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد):

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف):

E-MAIL:

How did you know about us:

| الحالة الطبية | Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|---|--|--------------------|---|
| هل تعاطى أي أدوية أو تلقيت أي علاجات حديثاً؟ | Recent or current drugs/Medical Treatment | ✓ | |
| هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟ | Corticosteroids/Immunosuppressant | ✓ | |
| هل لديك أي حساسية؟ | Allergies | ✓ | |
| هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | Surgical Operations, Serious Illness | ✓ | |
| جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease | ✓ | |
| هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميغات للدم؟ | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants | ✓ | |
| أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | Anemia, Leukemia | ✓ | |
| أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other | ✓ | |
| هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease | ✓ | |
| هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems | ✓ | |
| التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases | ✓ | |
| قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other | ✓ | |
| هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Epilepsy, or any other neurological disease | ✓ | |
| هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | Thyroid Diseases, Diabetes | ✓ | |
| هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط...etc | Other conditions HSV, HIV...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: ... / ... /

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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج 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 مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 لدي قمتي للرفل صحية 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 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: ... / ... /



Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg : (الوزن) : cm : (الطول) : cm : Blood Type (دم) :
Pulse (النبض): ppm : (ضغط الدم) : / : Blood Sugar (دم) : (سكر الدم) :

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

خطة العلاج Treatment Plan

7-3-2020

Scallung + Polishing D.A.S

د. اميرة حسن
Dr. Amira Hassan
ممارس عام - طبيب اسنان عام
G.P General Dentist
ترخيص رقم: D57288
MOH License No.:
Orchid Medical Centre
مركز اوركيد الطبي

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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 | Zaimab Abdallah,Hassan,,Mohamad | IDN: | 784200037361902 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | زينب عبدالقاسم محمد | Card Number: | 082267499 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | COM | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | جزر القمر | | |
| Issue Date: | 26/02/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 02 |
| Expiry Date: | 23/02/2020 | Date of Birth: | 30/04/2000 | Sponsor Name: | صلاح مراد درويش علي محمد البوشي |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 569132 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120143026108 | Residency Expiry: | 23/02/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

3/7/2020