



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 9/3/2022

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

File Number: ١٥٥٧٦٦٨

Patient Name: ... احمد محمد

اسم المريض: ... احمد محمد

Date Of Birth: 8/6/2002 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): ... طليقة

Nationality: (الجنسية): ... جزيري (قبول)

Occupation: (الوظيفة): ... طالبة

Address: (العنوان): ... البناية

Phone No: (رقم الهاتف): 050.787.0804

E-MAIL: .....

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

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

خطة العلاج Treatment Plan

Tf plan → 1yr — 1 1/2 yr

4500 + 700

Down Pay — 1500

300 per month

Don Eptank

*[Signature]*

Doctor's Signature and Stamp



•

•

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	..... cm	Blood Type (نمى الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (نمى الدم):	/	Blood Sugar (نمى السكر):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Teeth look out

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظم العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصورة الشعاعية Radiography

Advice - Lt. Cog

التشخيص Diagnosis

Dental & SK Class II div I  
upper antenna proclination -  
lower ant. crowding  
Class I molar

Conver Profile., Retrosynthetic stud. large nose.



### 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التشخيصية المقدمة لي. كما اتفهم 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 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 فحفي الملف صحفية. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكافية 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

معلمك

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
25/7/2020	upper banding w 018 slot Roth (GC)	1500		
	012 N.I. Upper			
25/7/2020	016 upper N.I. NR - lower Banding	300		
27/7/2020	lower Banding done BB as 676 012 lower N.I. 016 RCS - upper	300		
29.7.20	up flow follow up left + low curves mild	300		

د. ماهيش كومار صقر  
 Dr. Mahesh Kumar Sagar  
 اختصاصي - تقويم الأسنان  
 Specialist - Orthodontics  
 MOH License No.: 44120  
 Orchid Medical Centre

  
 300

REDAD DATA

cAeAIOEBAA83ODQyMI

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	Sara,Ahmad,Mohamad,,Ahmad	IDN:	784200228059059	Mother Name:	
Name (Ar)	سارا احمد محمد احمد	Card Number:	089910423	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	09/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	20/05/2021	Date of Birth:	08/06/2002	Sponsor Name:	احمد محمد احمد عبید
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0116192699
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123086137	Residency Expiry:	20/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/9/2020