



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 24/3/2020

Date: 24/3/2020

File Number: 1004299

Patient Name: Lid Saleh Alkhooori

اسم المريض: ليدي صالح الخووري

Date Of Birth: 1992.8.8

Marital Status: M / F

Nationality: الكويت

Occupation: الخارصمة

Address: K. Alkhooori 88@hotmail

Phone No. (رقم الهاتف): .....

E-MAIL: .....

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

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	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 روماتويد، 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)	X	
	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	X	
	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
	Other conditions HSV, HIV...etc	X	



### 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.

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 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 نتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالإنتهاب أو القوم 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 الإنتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى قصصي الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
الوزن (الرجل): Weight (kg):	_____ cm
النبض (الرجل): Pulse (bpm):	_____ / _____
	الضغط (الرجل): Blood Pressure (mmHg):
	السكر (الرجل): Blood Sugar (mg/dL):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N Smoking

التدخين الكحول (الكحول): Y / N Alcohol

العقاقير (العقاقير): Y / N Drugs

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

30-8-2020 قربة قويات صوال 800 D.Aug  
scaling + polishing 200



Doctor's Signature and Stamp

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm Data

**Public Data Verification report****File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False  
 Modifiable Data (SF5) False  
 Holder Signature Image (SF7) False  
 Photogrphy False  
 Home Address False  
 Work Address False

**Card Holder Information**

<b>Name</b>	Khalid,Saleh,Mohamed,Armin,Alkhoori	<b>IDN:</b>	784199243976182	<b>Mother Name:</b>	Fayza
<b>Name (Ar)</b>	خالد صالح محمد أمين الخوري	<b>Card Number:</b>	069635578	<b>Mother Name (Ar):</b>	فايزة
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	ARE الإمارات العربية المتحدة	<b>Family ID:</b>	301005498
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Issue Date:</b>	11/08/2014	<b>Date of Birth:</b>	08/08/1992	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	11/08/2024	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

3/24/2020