



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 29/3/2020

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: Alaa Abdallah File Number: 1004313  
اسم المريض: الأد عبد الله  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1.7.3/1992 Gender (الجنس): (M) / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): أخت  
Nationality (الجنسية): S.S.danesh Occupation (الوظيفة): Architect  
Address (العنوان): A.Bu Ombi - Elctar road Phone No. (رقم الهاتف): 050.89.88.793  
E-MAIL: aa.ch...a.laa...a.b.dallah.12.3@gmail.com How did you know about us: Internet

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

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 والمؤهل.

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 أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحليلية 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 الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 تخفي الملف صحية و أتفهم ان اي 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

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

التاريخ 25 / 3 / 20

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
الوزن (الوزن): Weight (kg):	Kg
الطول (الطول): Height (cm):	cm
النبض (النبض): Pulse (bpm):	ppm
الضغط الدم (الضغط الدم): Blood Pressure (mmHg):	/
نوع الدم (نوع الدم): Blood Type (A/B/O):	
سكر الدم (سكر الدم): Blood Sugar (mg/dL):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Teeth looks out

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسية: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة: Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة: أفعال المستشفى	

التدخين (التدخين): Y / N

الكحول (الكحول): Y / N

أدوية (أدوية): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

OPG, U. Ceph She have

التشخيص Diagnosis

- Carious broken of Rest Stump  
- Missy f<sup>6</sup>  
Class I molar, with upper Anterior  
Brucimah

Treatment Plan خطة العلاج

4000 Metal Braces

1500 down pay.

300 per month

700 Retainer

1- 1 1/2 yr

ENT of 6/4

*[Handwritten signature]*  
20/3/20

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
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

**Card Holder Information**

Name	Alaa,Abdalla,Hamedelml,,Elamin	IDN:	784199219685916	Mother Name:	
Name (Ar)	الإم.عبدالله محمد الفيل، الإمين	Card Number:	098730529	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	11/02/2020	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	09/02/2022	Date of Birth:	01/03/1992	Sponsor Name:	سيرين المختارات الحية
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	10120202044480	Residency Expiry:	09/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

Alaa

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

3/25/2020