



File No:

Date: / /

Date: 14/5/2020 File Number: 1004553
Patient Name: GEORGE REBEHED اسم المريض
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2/4/91 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
Nationality (الجنسية): LEBANESE Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): DUBAI Phone No. (رقم الهاتف): 0505082629
E-MAIL: REBEHEMED@HOTMAIL.COM How did you know about us: Salwa Media

التاريخ الطبي	
Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes Crestor
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	NO
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	NO
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	NO
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	NO
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	NO
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	NO
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	NO
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	NO
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	NO
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	NO
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	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 services, 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: 14/5/2020

نموذج إقرار طبي

أوافق وأسمح 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 تزيدي
بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التخيلية
المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات
العلاجية و الجراحية.

و أدرك 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فحسي اللطف صحيحة. و
أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (نمىة الدم):
Pulse (النمى): ppm	Blood Pressure (دمى الضغط): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زياره المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History : التاريخ المرضى:		
Allergies الحساسىة		
Medications الأدوية		
Pregnancy الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , اىال للمستشفى		
Smoking (التنمىة): Y / N	Alcohol (الكول): Y / N	Drugs (المعاقرىة): Y / N

الملاحظاىة العامة و السربرىة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصورة الشعاعىة Radiography

التشدىص Diagnosis

File No:

Date: / /

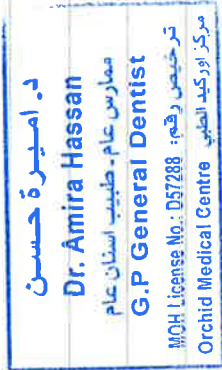
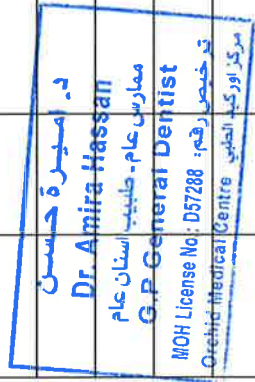
Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
4-5-2022	consultation + verof 5 + Zircon			P.A
	 <p> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب الأسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 MOH License No.: D57288 مركز اوركيد الطبي Orchid Medical Centre </p>			
	RC + obturation 3+			
28-5-2022	8 zircon 11 veneers			
	4/6 from veneers cementation done Shade: B2			 <p> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب الأسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 MOH License No.: D57288 مركز اوركيد الطبي Orchid Medical Centre </p>

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

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	George,,,Rebehmed	IDN:	784197129804296	Mother Name:	
Name (Ar)	جورج ايليا ربهمد	Card Number:	097910443	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	23/12/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	17/12/2021	Date of Birth:	02/04/1971	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192903014	Residency Expiry:	17/12/2021
ID Type:	IL	Occupation:	1233	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/14/2020