



File No:

Date: 21/6/2020

Date: ... / ... /	File Number: 1004876
Patient Name: Hammed Ali	اسم المريض: حميد
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1987	الجنس: M / F
Nationality (الجنسية): U.A.E	الوظيفة:
Address (العنوان):	Phone No. (رقم الهاتف): 0502606567
E-MAIL:	How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الجهة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	تناول دواء ضغط دم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	لا	

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 وأسمح للطبيب بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القمص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقصدة 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 الجراحية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قدمت لي فحسي الملف صحفية و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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: 2016 / 1 / 21

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
الوزن (Kg):	Kg	الطول (الرجل):	cm
النبض (الدم):	ppm	ضغط الدم (الدم):	/ /
		نوعية الدم (دم):	Blood Type
		سكر الدم (دم):	Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسيات: Allergies	NA
الأدوية: Medications	Metformin
الحمل: Pregnancy	—
عمليات سابقة، عمليات للمستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	—
التدخين (التدخين): Smoking	Y / N
الكحول (الكحول): Alcohol	Y / N
أدوية العقاقير: Drugs	Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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	Hamad,AlI,Matar,Kazeeh,Robari	IDN:	784198772813253	Mother Name:	Nesreen Golum Jelany
Name (Ar)	حمد,علي,مطر,كزينة,روباري	Card Number:	084006414	Mother Name (Ar):	نسرین غلام جولانی
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301027683
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	
Issue Date:	21/06/2017	Date of Birth:	16/09/1987	Sponsor Name:	
Expiry Date:	21/06/2022	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	99	Occupation Field:	99
ID Type:	ID				



Photo



Signature Image

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

6/21/2020

06/07/2020

This certificate to inform that MR. Hamad Ali attended the clinic on 23-6-2020 for implant procedure

- 3 implants were placed in lower left jaw on 23-6-2020
- 3 implants were placed in the left side(2 upper and 1 lower) on 28-6-2020

This letter is issued upon MR. Hamad request and the clinic holds no responsibility for any issue of the document


Dr. Mohamed Odeh
م. محمد أوده
ممارس عام - طبيب أسنان عام
G.P General Dentist
MOH License No.: D17780
Orchid Medical Centre
مركز أوركيد الطبي

~~Patient~~

Mr. Hamad Ali Attended the Clinic on 23.6.2020 For

Implant procedure.

- 3 Implants were placed in lower left jaw on 23.6.2020
- 3 Implants were placed on the left side (2 upper and 1 lower)

on 28.6.2020

This letter is Issued upon Mr Hamad Request and the Clinic holds no responsibility for any misuse of the Document.