

Rabab Mohammed

N.A

7 Veneers. 1750

15 Zircon ~~12750~~

12,000 زينة ³⁰⁰⁰
والزينة

2500
29M



File No:

Date: / /

Date: 23/10/2020

File Number: 1004896

Patient Name: Rabab Mohamed

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 3/12/1988 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): IRAN Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 552090193

Address (العنوان):

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الخطبة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	إذا كنت الإجابة نعم انكر بالتفصيل If 'YES' give details
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	خ	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	خ	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	خ	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شرايين القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	خ	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	خ	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) <input checked="" type="checkbox"/> انيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، السل، امراض اخرى	خ	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	خ	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	خ	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	خ	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	خ	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	خ	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	خ	
Other conditions هل تعاني من اي امراض اخرى؟	خ	
HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط...etc	خ	



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.

تعويض القرار الطبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموافقة.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأظفر و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 المطوية بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القروح أو التئرف أو الألم أو المساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطوية يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطويات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدتمت لي نفسي للشف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

Patient's Signature/ Guardians (in case of minors):

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

Date: ... / ... /

التاريخ: ٢٣/١٤٤٦ هـ

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History (التاريخ المرضي):	
Allergies (الحساسية):	N/A
Medications (الأدوية):	سعال
Pregnancy (الحمل):	—
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة ، ائغال للمستشفى):	—
Smoking (التدخين):	Y / N
Alcohol (الكحول):	Y / N
Drugs (تداعلي العقاقير):	Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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	Rabab,Mohammad,,Hesary	IDN:	784198687959860	Mother Name:	
Name (Ar)	رباب محمد حساری	Card Number:	086870842	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جمهوریة ایران الإسلامية		
Issue Date:	26/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	18/12/2020	Date of Birth:	03/07/1986	Sponsor Name:	شهرینو محمد کرم حساری
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	515854
Residency Type:	03	Residency Number:	20120113004273	Residency Expiry:	18/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/23/2020

