



File No: .....

Date: 17/2020

Date: ... / ... / .....

File Number: 1004979

Patient Name: Rashed Saeed Alkhalaf  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25/5/1973 Gender: M / F  
Nationality (الجنسية): U.A.E.  
Address (العنوان): Sharjah, Alkhalaf  
E-MAIL: rashed.alkhalaf@orchid.ae

اسم المريض: .....  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Phone No. (رقم الهاتف): 0566730705  
How did you know about us: Website

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحملة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	خ	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	خ	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	خ	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	خ	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف 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 مبيعات للدم؟	خ	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	خ	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى	خ	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	خ	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	خ	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	خ	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	خ	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	خ	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	خ	
Other conditions HIV, HIV...etc	خ	هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط

### CONSENT FORM ORTHODONTIC TREATMENT

DATE:

I guardian of Rashid Saeed,

FILE NO:

Hereby declared my agreement to the Orthodontic Treatment at AL ORCHID MEDICAL CENTER and I understand and agree to the following:

1. To keep my appointment at the date and time scheduled by the Doctors and to contact the center reschedule the appointment in advance in cases of emergencies, and if I miss three consecutive appointments, the Doctor have the right to stop the treatment and removed the Orthodontic appliances, bare full responsibility.
2. Not to seek treatment outside the center (any/ government clinics) or do any modification on the appliances including rubber elastics, wires and etc.
3. To maintain and well clean and healthy gums by continuously cleaning them in accordance with Doctors instructions to avoid inflammation of the gums.
4. To wear the removable appliance at the end or during the treatment according to the doctor's instructions and to protect it from damage or loss, otherwise to wear the appliance then the doctor bear no responsibility for any problem may arise in my teeth.
5. Treatment cost is only for braces, other dental treatments done including fillings cleaning of teeth, will be charged separately payment is non- refundable.
6. The patient approves and accepts to do orthodontic treatment for the amount of 2000x2 for (1/7/20) plus 50x2 for every month visit.
7. In case of any breakage\_ 200AED will be charged per broken bracket.
8. Consultation.impertion, Investigation\_ 250AED
9. Retainers will be extra charge at the end of orthodontic procedure.

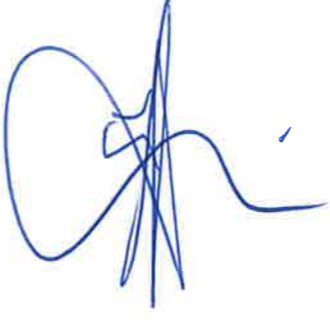
I understand and approve the treatment plan set up by my orthodontist including all necessary investigations and extractions of certain teeth with full understanding of advantages, disadvantages and risk factors associated with the expected orthodontic procedures.

Rashid Al Mansoury

PATIENT NAME AND SIGNATURE

RASHID

1/7/20





### 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 بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
العوامل.

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 علاج أعمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص  
الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك الخطط 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 التجميلية  
القدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.

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

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات  
كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمت لي قمتي للعنف مسحية و  
أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الأطلاع عليها بدون  
موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن 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 للإسترداد

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

KASHI D

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية			
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم): /	Blood Sugar (دم):	

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية	
Medications الأدوية	
Pregnancy الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة . ابحال للمستشفى	
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N
	Drugs (العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



