



File No: .....

Date: 4 / 7 / 2020

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

File Number: ..... 1005011

Patient Name: ..... محمد علي محمد

إسم المريض: .....

Date Of Birth: 26 / 6 / 2000 (Gender: M (F))

Marital Status: (اجتماعي): .....

Nationality (الجنسية): Syriana

..... Student

Address (العنوان): Shaerjeh

Phone No. (رقم الهاتف): 050.378.2949

E-MAIL: shehza.alhalal@gmail.com

How did you know about us: .....

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

### 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: ٢٦ / ٦ / ٢٠٢٤



### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية وللتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين نتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة للفيروسات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و امرت ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتفهم ان 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 تخفي الملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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

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

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

التاريخ: ٢٦ / ٦ / ٢٠٢٤

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                                 |     |  |    |  |
|---------------------------------|-----|--|----|--|
| الوزن (الكتلة):<br>Weight (kg): | Kg  | الطول (الارتفاع):<br>Height (cm):        | cm | نوعية الدم (نوع الدم):<br>Blood Type:  |
| النبض (النبض):<br>Pulse (bpm):  | bpm | الضغط (الضغط):<br>Blood Pressure (mmHg): | /  | السكر (السكر):<br>Blood Sugar (mg/dL): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

|  |                                   |                                |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| التاريخ المرضي: Disease History                                  |                                   |                                |
| الحساسية: Allergies  |                                   |                                |
| الأدوية: Medications   |                                   |                                |
| الحمل: Pregnancy   |                                   |                                |
| عمليات سابقة، دخول للمستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization |                                   |                                |
| التدخين (التدخين): Smoking (Y / N)                               | ألمكحول (الكحول): Alcohol (Y / N) | أدوية (الأدوية): Drugs (Y / N) |

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**خطة العلاج Treatment Plan**

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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            | Shahed,Anas,,,Almekkawi | IDN:                    | 784200491593255 | Mother Name:      |            |
| Name (Ar)       | شاهد اناس,,,المكروي     | Card Number:            | 097491354       | Mother Name (Ar): |            |
| Title:          |                         | Nationality:            | SYR             | Family ID:        |            |
| Title (Ar):     |                         | الجنسية العربية السورية |                 |                   |            |
| Issue Date:     | 20/11/2019              | Sex:                    | F               | Sponsor Type:     | 03         |
| Expiry Date:    | 22/10/2022              | Date of Birth:          | 26/06/2004      | Sponsor Name:     |            |
| Marital Status: | 01                      | Husband IDN:            |                 | Sponsor Number:   | 27902374   |
| Residency Type: | 03                      | Residency Number:       | 20120163961100  | Residency Expiry: | 22/10/2022 |
| ID Type:        | IL                      | Occupation:             | 11              | Occupation Field: | 00         |



Photo

Signature Image

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

7/4/2020

## CONSENT FORM ORTHODONTIC TREATMENT

DATE:

I guardian of Shahed Al Makem

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 15000X2 for (12-18 Mos) plus 2000 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.

Shahed Al Makem

PATIENT NAME AND SIGNATURE

