



File No:

Date: / /

Date: ... / ... / File Number: 1005031
Patient Name: Ahmed Khalil
Date Of Birth: 23/6/2007 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Nationality: (الجنسية): Occupation: (الوظيفة):
Address: (العنوان):
E-MAIL: f.a.s.d.g.z.h.m.a.k.i.76@... Phone No. (رقم الهاتف): 0567872863

How did you know about us:

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

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.

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

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

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

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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهيد 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 مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد تمسك للملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

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

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
الوزن (Kg):	Kg	الطول (cm):	cm
النبض (النبضات):	ppm	ضغط الدم (mmHg):	/ /
		نوع الدم (Blood Type):	
		سكر الدم (Blood Sugar):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Missing 37

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسيات: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة، دخول المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	
التدخين (Smoking): Y / N	الكحول (Alcohol): Y / N
	الأدوية المتبقية (Drugs): Y / N

الملاحظات العامة والسريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

Need OPG

التشخيص Diagnosis

37 Impacted, empty
Retain $\frac{1E}{1E}$
Class I Molar



خطة العلاج Treatment Plan

5000 Metal braces
500 Retainer
Surgical Exposure 7 = 500

1- 14 TF

د. ماهيش كومار صقر

Dr. Mahesh Kumar Sager

أخصائي - تقويم الأسنان

Specialist - Orthodontics

ترخيص رقم: V1120

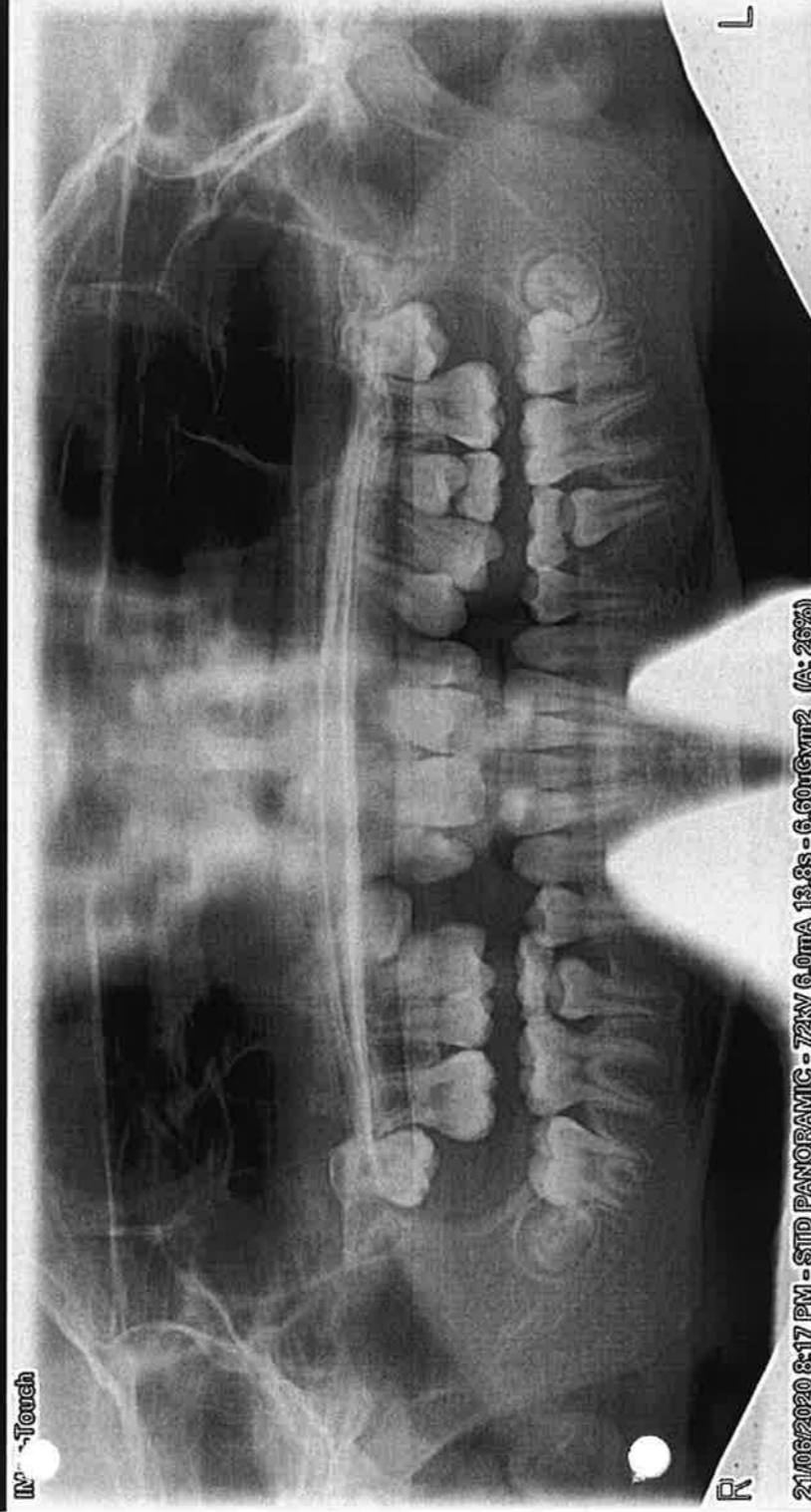
مركز اورثودنسي الطبي Dental Centre

16/7/2020

Doctor's Signature and Stamp

.....

W. Touch



R

L

21/06/2020 8:17 PM - STD PANORAMIC - 72kV 6.0mA 13.8s - 6.60rGym2 (A: 25%)