



File No:

Date: / /

Date: 15/7/2020

File Number: 109050116

Patient Name: Samah Taufeeq

اسم المريض:

Date Of Birth 13/1994 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Married

Nationality: (الجنسية): Pakistan

Occupation: (الوظيفة):

Address: Al. Khaymah

Phone No. (رقم الهاتف): 05018949883

E-MAIL: Samah.t.j@gmail.com

How did you know about us: part time Doctor

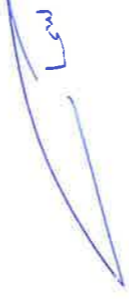
التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى اي اوية او تتلقى اي علاجات حديثا؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى اي سترويدات او مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك اي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاليت من اي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى اي ممييعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاليت من اي امراض اخرى؟	No	
HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا السيط...etc	No	

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: ١٥ / ٧ / ٢٠٢٠

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- 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 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 خبرة المهنة و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات الجراحية و الجراحية و العلاجات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات و ادراك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي للعلف صحيحة. 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 بأكمل ارادتي
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكلية): Weight (kg):	Kg	الطول (الكلية): Height (cm):	cm	نوع الدم (الكلية): Blood Type (cm):
النبض (الكلية): Pulse (ppm):	ppm	ضغط الدم (الكلية): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (الكلية): Blood Sugar (mg/dL):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة , ايدخل للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Samah,Tawfeeq, Jarbou	IDN:	784199402769758	Mother Name:	
Name (Ar)	سماح توفيق جاربوع	Card Number:	099232194	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality: PSE	فلسطين	Family ID:	
Title(Ar):		(Ar):			
Issue Date:	17/03/2020	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	15/03/2023	Date of Birth:	17/03/1994	Sponsor Name:	عمر محمد ابو دارود
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	72146869
Residency Type:	03	Residency Number:	60120203001999	Residency Expiry:	15/03/2023
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/15/2020

CONSENT FORM ORTHODONTIC TREATMENT

DATE: 15/7/2020
I guardian of Samah Tayfeeq.

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 (٢٠٠٠ (ل.د.ع.) plus 250X2 -----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.

Samah Tayfeeq
PATIENT NAME AND SIGNATURE