



File No:

Date: 15/7/2020

Date: ... / ... /

Patient Name: Zahran Jameel Salih

File Number: 1005125

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 9/7/1994

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): J.S.A

Occupation (الوظيفة): Dentist

Address (العنوان): RAK

Phone No. (رقم الهاتف): 0581022545

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي	Medical History	الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
		Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟		X	
		Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		X	
		Allergies هل لديك أي حساسية؟		X	
		Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت 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		X	
		High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات الدم؟		X	
		Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		X	
		Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، أمراض أخرى		X	
		Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		X	
		Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		X	
		Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى		X	
		Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		X	
		Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		X	
		Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		X	
		Other conditions هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟		X	
		HSV, HIV...etc فيروس الأبتا، فيروس الحلا البسيط		X	

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 و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية 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 نذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية و 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 تأمين لتناقص العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجديبة المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بعضها 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 فحسي الملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكيلو): Weight (kg):	Kg	الطول (السم): Height (cm):	cm	نوعية الدم (النوع): Blood Type:
النبض (النبضات): Pulse (bpm):	bpm	الضغط (الدم): Blood Pressure (mmHg):	/	السكر (الدم): Blood Sugar (mg/dL):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History		
الحساسية: Allergies		
الأدوية: Medications		
الحمل: Pregnancy		
الجراحات السابقة، عمليات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization		
التدخين (Y / N): Smoking	التدخين الكحول (Y / N): Alcohol	العقاقير (Y / N): Drugs

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

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Zahraa,Jamal,Salih,,Alsoufi	IDN:	784199448057283	Mother Name:	
Name (Ar)	زهراء جمال صالح الصوفي	Card Number:	097918559	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	23/12/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/12/2022	Date of Birth:	07/09/1994	Sponsor Name:	يوسف خالد طالب الاميري
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0102282945
Residency Type:	03	Residency Number:	10120193077069	Residency Expiry:	18/12/2022
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/15/2020

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: _____

انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة- تلون في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

يشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدة استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

اسم المريض: _____

التوقيع: _____

التوقيع: _____

اسم المعالج: _____

التوقيع: _____
