



File No:

Date: / /

Date: 25/7/2020

File Number: 1005242

Patient Name: Mahmoud Ahmed Mady

اسم المريض:

Date Of Birth: 05/09/1993

Marital Status: Married

Nationality: Egyptian

Occupation: HR Officer

Address: Al-Basrah

Phone No: 0101797372

E-MAIL: mahmoud.mady@gmail.com

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
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 مبيعات للدم؟
Anemia, Leukemia	انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، 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، 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	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟
HSV, HIV...etc	فيروس الأبتير، فيروس الحلا البسيط

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): ١٥٥ Kg	Height (الطول): ١٨٥ cm	Blood Type (دم): A +
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم): /	Blood Sugar (دم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

25-7-2020 Consultation

18/2020 Bleaching teeth Dr Amir

Doctor's Signature and Stamp

.....



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 المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل 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 خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو النزوم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.

أتفهم أن هناك رسوم بالمد الأذى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي الملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإطلاع 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 دون السن القانونية):

التاريخ: 2020.12.15

United Arab Emirates
Resident Identity Card

دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية
784-1993-1327380-9

الإسم: محمود أحمد حسين محمد ماضي
Name: Mahmoud Ahmed Hussein
Mohamed Mady

الجنسية: مصر
Nationality: Egypt

