مركز الخرساء لطب وتقويم الأسنان
مجمع شركة حكماء المشرق

File #						
Date	DD		MM		YY	

Name	نرجو كتابة الاسم باللغتين		الاسم
Date of Birth DD MM YY	تاريخ الميلاد	Male ❑ ذكر Female ❑ أنثى Age	العمر
Mobile	الجوال (٢) الجوال (١)	Home Tel	هاتف المنزل
Address/City	العنوان / المدينة	E-mail	
Referred by	Our Website ❑ موقعنا Friend ❑ صديق Dentist ❑ طبيب Other ❑ أخرى		تم التحويل من قبل
Please specify name of referee			ما هو اسم الجهة المحولة

Medical History

التاريخ الطبي

Please mark ✓ in the appropriate box. You may provide additional information in the doted lines below	Yes نعم	No لا	نرجو وضع إشارة ✓ عند الجواب المناسب وبإمكانك إعطاء تفصيل أكثر في القسم المخصص بأسفل النموذج
Do you have **High** or **Low** Blood Pressure? (circle your answer)	❑	❑	هل تعاني من **ارتفاع** أو **انخفاض** بضغط الدم؟ (ضع دائرة حول الجواب)
Are you taking any medication? (specify name below)	❑	❑	هل تتعاطى أي نوع أدوية؟ (حدد في أسفل النموذج)
Do you have Rheumatic Heart Disease or Rheumatic Fever?	❑	❑	هل تعاني من روماتيزم القلب أو الحمى الرثوية؟
Are you a Diabetic Patient?	❑	❑	هل أنت مصاب بمرض السكري؟
Have you had Tonsillectomy or Adenoidectomy done?	❑	❑	هل أجريت عملية إزالة اللوزتين أو الناميات (اللحمية)؟
Have you had prolonged bleeding post extraction / surgery?	❑	❑	هل عانيت من نزيف شديد بعد خلع السن أو الجراحة الفموية؟
Do you have any Psychiatric Conditions? (specify below)	❑	❑	هل تعاني من أي اضطرابات نفسية؟ (حدد في أسفل النموذج)
Are you Allergic to Food or Medication? (specify below)	❑	❑	هل لديك أي حساسية من الأكل أو الدواء؟ (حدد في أسفل النموذج)
Do you have difficulty breathing through your nose?	❑	❑	هل تعاني من صعوبة التنفس من الأنف؟
Do you have Sleep Apnea?	❑	❑	هل تعاني من اضطراب في النوم؟
Have you had Orthodontic Treatment before?	❑	❑	هل قمت بعلاج تقويم أسنانك من قبل؟
Do you smoke Cigarettes / Shisha?	❑	❑	هل تدخن السجائر / الشيشة؟
Does any family member have similar jaw/teeth positions?	❑	❑	هل هناك حالة مماثلة في العائلة تشابه توضع الأسنان والفكين لديك؟
Have you had any of these oral habits? (circle your answer) nail biting - lip biting - cuticle picking – thumb sucking	❑	❑	هل كان لديك أي من العادات الفموية التالية؟ (ضع دائرة حول الجواب) قرض الأظافر – عض الشفة – عض الجلد – مص الإبهام
Do you brush your teeth regularly? (circle your answer) Less than once a day - once a day - more than once a day	❑	❑	هل تنظف أسنانك بانتظام؟ (ضع دائرة حول الجواب) أقل من مرة في اليوم – مرة في اليوم – أكثر من مرة في اليوم
Have you recently experienced height spurting?	❑	❑	هل لاحظت إزدياد في الطول في الفترة الأخيرة؟
Are you currently pregnant (For Ladies)?	❑	❑	هل أنت حامل حالياً (للسيدات)؟

.....

.....

.....

.....
Patient consent & confirmation (Parents for minors)

.....
توقيع المريض (الأهل تحت ١٦ سنة)