



مركز بوسطن للأسنان
Boston Dental Center

New Patient Registration Form

Patient Full Name: _____ E-mail: _____

Date of Birth ____/____/____ Age ____ Occupation _____
DD MM YYYY

Nationality _____ Marital Status: Single, Married, Divorced, Widow, Other

Primary Phone Num: _____ Secondary Phone Num: _____

Emergency Contact _____ Relationship to Patient _____

Insurance Company _____ Expiry Date _____

How did you hear about the center?

- Company - Exhibition and Conference - Friends and Family -Magazine
- News Paper - Radio Referred by Doctor -Schools -Search Engine
- Social Media -TV

CONSENT FOR TREATMENT

I voluntarily agree to and give consent for evaluation / treatment by BDC Dentists for myself and/or my family members and have the right to ask question or refuse suggested treatment.

Patient/Parent/Guardian Signature _____ Date _____

تسجيل بيانات مريض جديد

الاسم الكامل: _____ الحالة العائلية: أعزب/متزوج/مطلق/أرمل. الجنسية: _____

تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ العمر: _____ طبيعه العمل (الوظيفة) _____

البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف (جوال): _____ منزل: _____

شخص يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ (هاتف): _____ صلة القرابة: _____

اسم التأمين: _____ تاريخ الانتهاء: _____

كيف سمعت عن المركز؟

الموافقة على العلاج:

أنا الموقع أدناه ، أوافق طوعاً على العلاج / التقييم المقترح من قبل طبيب الأسنان أو لأفراد عائلتي ولي الحرية الكاملة في مناقشة كل ما يتعلق بالعلاج المقترح أو رفضه.

توقيع المريض/ ولي الأمر/ الوصي: _____ التاريخ: _____ / _____ / _____