



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000667

Date: 5/12/17

اسم المريض:

Patient Name: Now Alkaws

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/1/1987

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0544455418

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? Mr. Rawzi

| | Medical Condition الحالة الطبية | Yes/No لا/نعم | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أكثر بالتفصيل |
|-------|---|------------------|---|
| | Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | Yes/No لا/نعم | |
| | Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي منبهات أو مثبطات للمناعة؟ | Yes/No لا/نعم | |
| | Allergies هل لديك أي حساسية؟ | Yes/No لا/نعم | |
| | Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعطي من أي أمراض؟ | Yes/No لا/نعم | |
| CVS | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | Yes/No لا/نعم | |
| | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ | Yes/No لا/نعم | |
| | Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم) | Yes/No لا/نعم | |
| RS | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | Yes/No لا/نعم | |
| GU | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية، أو تناسلية؟ | Yes/No لا/نعم | |
| | *for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء ع: هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي منتج الحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | Yes/No لا/نعم | |
| GI | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | Yes/No لا/نعم | |
| | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | Yes/No لا/نعم | |
| CMS | Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Yes/No لا/نعم | |
| ENDO | Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض الغدة الدرقية؟ | Yes/No لا/نعم | |
| Other | Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط...etc | Yes/No لا/نعم | |

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: _____ Date: _____

Patient Name: _____ اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____ Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: _____

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

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 | Nour,Nezar,Alawe | IDN: | 784198737973291 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | نور نزار علوي | Card Number: | 080750692 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | SYR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | سوريا | | |
| Issue Date: | 06/11/2016 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 26/10/2018 | Date of Birth: | 27/01/1987 | Sponsor Name: | فادي شومل |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 11514495 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120083093606 | Residency Expiry: | 26/10/2018 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

12/5/2017

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 such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

• أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

• أتفهم انه من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

• وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

• أؤوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

• أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

• أتفهم ان هنالك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

• إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر اني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

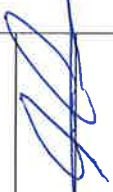



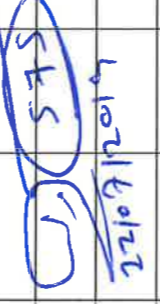
التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



Patient Name:

FILE NO#

| DATE | TREATMENT | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE |
|-----------|--|---------|---------|---|
| 5/12/2017 | Zoom whitening 120% 750 (OMC offer) | 750 | 0 |  |
| |  | | | |
| 20-7-2019 | The patient complain from pain with bite we do X-Ray - she have pocky (we do scaling) (تسوية وتسوية) | 200 | 200 |  |
| 22-7-2019 | composit Zilicon | 500 | 500 |  |
| 28-7-2019 | تم التسوية | 575 | 575 |  |


 Dr. Amira Hassan
 General Dentist
 MOH License No.: D37288
 Orchid Medical Centre



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 125.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004463

Date: 22-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000067 - Nour Alawe - 971544455418**The sum of Dhs. **One Hundred Twenty Five Only**By Cash **125.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

ing **ADVANCE FOR ZIRCON CROWN**Made by **Rana**

1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.

2.Treatment includes lab cost is non-refundable.

3.After 48 hours No refundable accepted

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.aewww.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 75.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004462)

Date: 22-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000067 - Nour Alawe - 971544455418

The sum of Dhs. **Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **75.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No. Date: 22-07-2019

Being **SCALING AND POLISHING + VAT 50 % DISCOUNT**

Made by **Rana**

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000067 - Nour Alawe - 971544455418

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 400.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007665)

Date:15-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000067 - Nour Alawe - 971544455418

The sum of Dhs. **Four Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **400.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-02-2020

Being **1 ZIRCON CROWN + VAT**

Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000067 - Nour Alawe - 971544455418

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae