



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000071 Date: 9/12/17

Patient Name: يعقوب يوسف العزبي طبه طب اسم المريض: \_\_\_\_\_

Date of Birth: 11/8/2010 Gender: M / F

Nationality: Syrian Occupation: \_\_\_\_\_

Marital Status: \_\_\_\_\_ \* Phone No. (الرقم الهاتف): 0563377012

Contact Person in Case of Emergency: \_\_\_\_\_

\* How Did You Know About Us? مضطرطة كنتنايفس لبرج

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كنت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعطي من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم	لا
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزميه، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No لا/نعم	لا
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No لا/نعم	لا
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	لا
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	لا
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	لا
	<b>*for ladies:</b> Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا/نعم	لا
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	لا
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم	لا
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	لا
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	لا
Other	Other conditions HSV, HIV...etc	Yes/No لا/نعم	لا

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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	Yakoub,Yousof,Almagrebi	IDN:	784201021817172	Mother Name:	
Name (Ar)	يعقوب يوسف الماغريبي	Card Number:	081274091	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	18/12/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	13/12/2018	Date of Birth:	11/08/2010	Sponsor Name:	ريم محمد خليف
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	87369969
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153207950	Residency Expiry:	13/12/2018
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

12/9/2017

### 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

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

• أوافق 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 هنالك 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 ولا 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:







مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 50.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004854)

Date: 26-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000071 - Yakoub, Yousof,,, Almagrebi - 971563377012

The sum of Dhs. **Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **50.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-08-2019

Being **Extraction**

Made by **Hiba**

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 : 1000071 - Yakoub, Yousof,,, Almagrebi - 971563377012

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**