



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000099

Date: 20/12/17

اسم المريض:

Patient Name: HUSSEIN MOSTAFA

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/01/1979

Gender (الجنس): (M) / F

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة): Cabin Crew

Marital Status (الحالة الاجتماعية): MARRIED

Phone No. (رقم الهاتف): 0564860557

Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? FRIEND OF MINE

| | الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر 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 سترويدات 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 امراض؟ | Yes/No لا/نعم | |
| CVS | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | Yes/No نعم / لا | |
| | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ | Yes/No نعم / لا | |
| | Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا | Yes/No نعم / لا | |
| RS | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى | Yes/No نعم / لا | |
| GU | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ | Yes/No نعم / لا | |
| | *for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | Yes/No لا/نعم | |
| GI | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى | Yes/No نعم / لا | |
| | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ | Yes/No نعم / لا | |
| CMS | Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ | Yes/No نعم / لا | |
| ENDO | Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟ | Yes/No لا/نعم | |
| Other | Other conditions هل تعاطى من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط | Yes/No لا/نعم | |

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000099 Date: 12/20/2017

Patient Name: Hussein Mustafa اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/1979 Gender (الجنس): (M) / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Married

Chief Complaint: Spontaneous pain mainly on
Mastication

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Nothing Abnormal

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 الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

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

• أفوض 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 الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

• أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان 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 امتلك 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:



25/12/17

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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 | Hussein,Hassan,Mohamed,,Mostafa | IDN: | 784197959208386 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | حسين رحمن محمد مصطفى | Card Number: | 078072290 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | EGY | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | مصر | | |
| Issue Date: | 18/04/2016 | Sex: | M | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 13/09/2018 | Date of Birth: | 01/01/1979 | Sponsor Name: | طيران الامارات (الموارد البشرية) |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 20120047002643 | Residency Expiry: | 13/09/2018 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 5111 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

12/20/2017



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

600.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000982)

Date:01-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000099 - Hussein Mostafa - 971564460557

The sum of Dhs. Six Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 600.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. ✓

Date: 01-08-2018

Being

Made by Ghada

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