



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 40096126 Date: 3/1/2018 اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: Mentaha Hamhale Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/1964 Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Nationality (الجنسية): Syrian Phone No. (رقم الهاتف): 090-2826271  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_  
Contact Person in Case of Emergency: \_\_\_\_\_  
How Did You Know About Us? Same Bilal

	Medical Condition	الحالة الطبية	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؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	اصفا ككنا
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	حاصبة - مغلقة
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميومات للدم؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
	<b>*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems</b> هل أنت حامل؟ هل تعطين أي ملع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Other	Other conditions? HIV...etc هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا النسيب		<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient Name: Muntaha Harmathy اسم المريض: \_\_\_\_\_

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

How Did You Know About Us? -----

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Marital Status: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: Veneers colors changed

Medical History السجل الطبي

Diseases: Asthma Medication: -

Allergies: - Pregnancy: -

Hospitalization: - Family History: -

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

Remarks: -

Clinical Findings: None



مركز اوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

Radiography: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examination : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosis: Abnormal old Prosthetics  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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	Montha, Abdul Kareem, Harmchle		
Name (Ar)	منثا، عبدالكريم، Harmchle		
Title			
Title (Ar)			
Issue Date:	15/06/2017	Sex:	F
Expiry Date:	06/06/2018	Date of Birth:	01/01/1961
Marital Status:	02	Husband IDN:	
Residency Type:	03	Residency Number:	20120143105185
ID Type:	IL	Occupation:	99
		Sponsor Type:	03
		Sponsor Name:	حسن صبحي دعييس
		Sponsor Number:	0173902099
		Residency Expiry:	06/06/2018
		Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/3/2018

### 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 أن 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.

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

أتفهم أنه ليس هناك 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 هناك رسوم الابدن 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 أنني امتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.



توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
3/1/18	Consultation for veneers 50% + 2 chagnas 4-1 ~ 4 4-1 ~ 4	=		
	will check & come back			
29/3/2018	Cementation of porcelain veneers +	50		
22/3/2018	Cementation of porcelain veneers +	50		
02.05.2018	consultation about BOTOX in large pharynx			
05-09-2018	40 units of Botox (FORWARD SURGICAL, CISTINA'S REPORT)	1200		



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001179)

Date:05-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000126 - Montha Harmchle - 971502826271

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,260.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **05-09-2018**

Being

Made by *Sarah S*

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