

File No#: 1000/147 Date: 17/11/18
 Patient Name: Talal Taber Heissat اسم المريض:
 Date of Birth (الجنسية): 03-06-1976 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation (الوظيفة):
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف):
 Contact Person in Case of Emergency: 050 77692255 - 050 86665330
 How Did You Know About Us? Face Book

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر 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 تعاليت من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 للدم؟	Yes/No لا/نعم	
	Anemia, Leukemia (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 تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعالطين أي منتج للحمل؟ هل تعالنين 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	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions؟ HSV, HIV...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

How Did You Know About Us?

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: _____

Chief Complaint: Fallen Bridge

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

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 اسمح 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 الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

و أنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الأخطار 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 أن هناك 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 أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

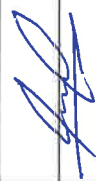
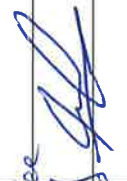
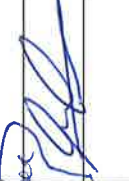
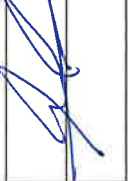

توقيع المريض / الوصي: 

17-01-2018

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

Patient Name: FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
17/1/2018	Consultation Appointment for Bridge Tomorron	F-arc		
18/1/2018	Build up			
	Treatment Plan			
	- RCT	800		
	- PFM Bridge	2500	Balance 2100	
	500 x 5	3100		
20/1/2018	RCT	1100	Balance 1000	
	Preparation for			
24/1/2018	Impression (Silicon Putty light) (Alginate upper) (Wax Bite)	500	# Balance 500	
	- Sent to da vinci			
	- Shade A3 / Add Stains.			
29/1/2018	Consentation of Bridge	500	1/2	

29/9/2018 Composite Filling 71 200

300

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	Talal Jaber, Ali, Heissat	IDN:	784197765169541	Mother Name:	
Name (Ar)	طلال جابر علي، حيسات	Card Number:	078594349	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الاردن		
Issue Date:	26/05/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	22/05/2019	Date of Birth:	03/06/1977	Sponsor Name:	(مصرف الامارات الاسلامي) ث م ع
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120067004411	Residency Expiry:	22/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2131	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

9/29/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT_VOUCHER (No.REC-001334)

Date:29-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000147 - Talal Heissat - 971507769355

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

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-09-2018

Being

Made by Ghada

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