

File No#: 1000165 Date: 27/1/18
 Patient Name: Alma Shomal
 Date of Birth: 20/10/26 Gender: M / F
 Nationality: Syria Occupation:
 Marital Status (الجماعية): Phone No. (رقم الهاتف): 0544455418
 Contact Person in Case of Emergency:
 How Did You Know About Us? Mr. Reza

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	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	No
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No لا/نعم	No
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	No
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	No
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم	No
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيدات الدم؟	Yes/No لا/نعم	No
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	No
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	No
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	No
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للتساءل: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع الحمل؟ هل تعانين 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	No
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا/نعم	No
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	No
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الترقية؟	Yes/No لا/نعم	No
Other	Other conditions? HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	Yes/No لا/نعم	No

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:

Pain

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

_____ Allergies: _____

Hospitalization: _____ Pregnancy: _____

_____ Family History: _____

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

Remarks:

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.

• وأنا 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 انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين تنتج العلاج كما أتفهم أن 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 أن 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 أنني 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.

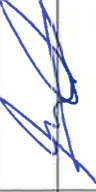
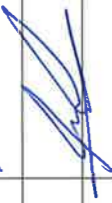


توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
27/12/2018	Pulpotomy excluding final filling 300	200	φ	
30/2018	Follow up			
3/2/2018	Caries Control / Emergency Treatment - Next appointment for Treatment	φ	φ	
29/12/2018	- 1 pulpotomy. - 4 composite	¹⁰⁰ 200 ⁵⁰ 150	φ	Dr. Dahlia
30/12/2018				
	- Impression - Extraction E1	50 100	φ	Dr. Dahlia
07/01/2019	Plaque. protruded upper anterior (flared out) with space & thumb sucking habit. Impression taken & Hawley's appliance with active labial bow for 6 Months.			
				 (Dr. Mahesh Sagar Orthodontist)
				700 AD

8/1/2019 Composite Filling 27 tooth + G.I Filling → For D1



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002105)

Date:29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000165 - Alma SHOMAL - 971544455418

The sum of Dhs. One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **150.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-12-2018

Being

Made by **Ghada**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

50.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002123)

Date:30-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000165 - Alma SHOMAL - 971544455418

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:

Date: 30-12-2018

Cheque No.

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

350.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002218)

Date:07-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000165 - AIMA SHOMAL - 971544455418

The sum of Dhs. Three Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 350.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-01-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002241)

Date: 08-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000165 - ALMA SHOMAL - 971544455418

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

By Cash **300.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____

Date: 08-01-2019

Cheque No. _____

Being _____

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

50.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002545)

Date:05-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000165 - ALMA SHOMAL - 971544455418

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:

Date: 05-02-2019

Cheque No.

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002748

Date: 24-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000165 - ALMA SHOMAL - 971544455418**

The sum of Dhs. **One Hundred Only**

By Cash **100.00** / 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: _____

Being **LAB CHARGES**

Made by **Rana**

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 50.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005039)

Date:09-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000165 - ALMA SHOMAL - 971544455418

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: 09-09-2019

Being 1 composite filling 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 : 1000165 - ALMA SHOMAL - 971544455418

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 75.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006017)

Date:18-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000165 - ALMA SHOMAL - 971544455418

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

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

Bank: Cheque No. Date: 18-11-2019

Being **1 COMPOSITE FILLING 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 : 1000165 - ALMA SHOMAL - 971544455418

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