



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1006175 Date: 31.1.19
 Patient Name: Loui chikraoui (الجنس): (M) F
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 31.1.1986
 Nationality (الجنسية): Syria (الوظيفة):
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): (رقم الهاتف): 974733668
 Contact Person in Case of Emergency: 654733780
 How Did You Know About Us? Rafik Staud / Ramis

	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 حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا	نعم
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	نعم
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	نعم
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	نعم
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	نعم
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم / لا	نعم
	Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	نعم
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	نعم
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	نعم
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	نعم
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	نعم
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	نعم
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	نعم
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	نعم
Other	Other conditions? أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	نعم

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Mild Pain with cold only

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____
Hospitalization: _____ Pregnancy: _____ Family History: _____

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

Remarks: *-*

Clinical Findings: *Nothing Abnormal*

Radiography: *-*

Examination: *-*

Diagnosis: *Class I Caries on multiple Teeth*

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 التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر 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 هنالك 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 ان 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :



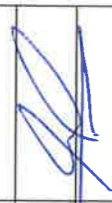



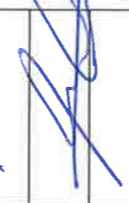
التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
31/1/2018	Composite Filling 1 Surface	200		
	Composite Filling 1 Surface	200		
	6 8	1000	0	
28/5/2018	composite Filling 1	200	0	
18/6/2018	Follow up			
2/7/2018	Composite Filling 1 4	200	0	
	- Check up for whitening			
	- Couldn't be done due to stitches in gum - to			
	Removed Stitches & took appointment for whitening on monday			
	Sealing & Polishing	200	0	
1/9/2018	Composite Filling 1 Surface 1 6	200	0	



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000693)	Date:28-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000175 - Louai Chikani - 971554733858		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 28-05-2018
Being		
Made by <i>Ghada KC</i>		

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000835)

Date: 02-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000175 - Louai Chikani - 971554733858

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 02-07-2018

Being

Made by Nancy

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001041)

Date: 13-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000175 - Louai Chikani - 971554733858

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 13-08-2018

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

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001155)

Date:01-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000175 - Louai Chikani - 971554733858

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 01-09-2018

Being

Made by Ghada

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