

File No#: 1000237

Date: 1/3/2018

اسم المريض:

Samaha Hamid

Patient Name:

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 14/5/1977

Yes/No
لا/نعم

Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Saudi

Phone No. (رقم الهاتف): 971567444683

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Contact Person in Case of Emergency: mustafaf@yahoo.com

How Did You Know About Us? Al mustafaf Hamid - Dr. Almustafaf Hamid

050-8607649

	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 حالية؟	Yes/No لا/نعم	دواء صخرة نظريف
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No لا/نعم	علاج الستيرويد - مساجع
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	الحمى - ولادة مبكرة - التهاب الكبد
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 (مرض الدم)، أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	أزمة - حساسية غير
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	التهاب البول
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions: فيروس أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No لا/نعم	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Very Bad pain

السجل الطبي Medical History

Diseases: Yes Medication: Nexium

Allergies: _____

Pregnancy: _____

Family History: _____

Hospitalization: _____

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

Remarks:

pt looks very tired

Clinical Findings:

Radiography:

Radiolucency around tooth

Examination :

Pain with cold & percussion

Diagnosis:

Acute Pulpitis.

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 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 لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناتجة 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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:

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO

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	Samah, Mohamedal, Mukhtar, Hamid	IDN:	784197754142426	Mother Name:	
Name (Ar)	سماح محمد علي مختار, حميد	Card Number:	087175618	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title (Ar):		(Ar):	السودان		
Issue Date:	16/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	07/01/2020	Date of Birth:	24/05/1977	Sponsor Name:	مصطفى بلكر محمد البشير
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	43541228
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153226275	Residency Expiry:	07/01/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

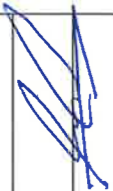

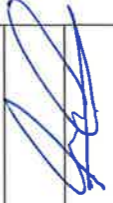

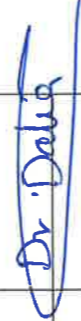
Signature Image

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

3/1/2018

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
13/2018	RCT ⁵⁰⁰ 6+	200	300	
	Emergency Treatment			
8/3/2018	PT is in pain / Antibiotics prescription			
13/3/2018	Opening of Canals MB: 20 MB: 19 D: 20	100	200	
28/3/2019				
	RCT For 67 tooth (Irrigation + T.F) patient was on pain	150		
2/4/2019	Follow up only (sever pain in the 67 tooth) patient didn't buy the antibiotic ?? Irrigation only done + T.F			

16/4/2019

only
↙

Follow up (Irrigation)
only + T.F





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003125

Date: 28-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000237 - Samah .Hamid - 971569414683

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Only**By Cash **150.00** / 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:

Payment advance for RCT FOR TOOTH NO: 6

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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003500)

Date:29-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000237 - Samah .Hamid - 971569414683

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: 29-04-2019

Being **Extraction**

Made by **Hiba**

- 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 : 1000237 - Samah .Hamid - 971569414683

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