

File No#: 1000252

Date: 5/3/2018

اسم المريض:

Patient Name: Diana Nazeer

Date of Birth (التاريخ الميلاد): 8-12-2003

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Saudi

Occupation (الوظيفة): -

Marital Status (الحالة الاجتماعية): single

Phone No. (رقم الهاتف): 0505484764

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? ~~Google~~ - and live near ur center.

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، أمراض أخرى	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
	<b>*for ladies:</b> Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	
Other	Other conditions: HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV...etc	Yes/No <input checked="" type="radio"/> No	

**For Doctor's Use Only** لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medical History** السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_  
Allergies: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Diagnosis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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.

أتقهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتقهم 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.

أتقهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتقهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتقهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و اتقهم احتمالية الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتقهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتقهم 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
5/3/2018	- Root Canal Treatment $\frac{600}{6}$ - Emergency Treatment - Next appointment for M.P	300	300	[Signature]
7/3/2018	Pt is still in pain will wait until pain is over			[Signature]
10/3/2018	Obturation w.L: <del>20</del> I.F.I.S.S	300	0	[Signature]
13/3/2018	Final Filling $\frac{600}{6}$			[Signature]
19/3/2018	Cavia control + Dyeal Next appointment after 10 Days for Class I Composite Filling	200	200	[Signature]
28/3/2018	Final Filling $\frac{600}{6}$			[Signature]
18-12-2012	نظف 0,20			[Signature]



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006754)

Date:28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000252 - Diana nazeer - 971505454754**

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

By Cash **100.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **28-12-2019**

Being **COMPOSITE FILLING**

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 : **1000252 - Diana nazeer - 971505454754**

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**