

Date: 17/3/2018

اسم المريض:

Patient Name: Hiba Sami Osman

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 4/3/1991

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0527894052

E-MAIL: Eslam.lawsman@yahoo.com

How Did You Know About Us? facebook

Weight: 70.70 kg

Height: 157 cm

Blood Type: BP - 100/70

Chief Complaint:

السجل الطبي Medical History

Diseases: / / /

Allergies: / / /

Hospitalization: / / /

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

Medication: /

Pregnancy: Lmp = 1-2-2018

Family History: EDD = 8-11-2018

GI Pg Ao

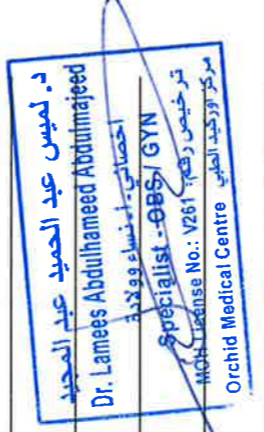
Remarks:

Clinical Findings:

Radiography:

Examination :

Diagnosis:





**DOCTOR NOTE**

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	Heba Sami,Osman,,,Arbab	IDN:	784199197950860	Mother Name:	
Name (Ar)	هبة سامي عثمان,,, ارباب	Card Number:	087134858	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	14/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	09/01/2021	Date of Birth:	04/03/1991	Sponsor Name:	اسلام جمال محمد محمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0164416191
Residency Type:	03	Residency Number:	201201736661326	Residency Expiry:	09/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/17/2018

### 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 ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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 الطبية.

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 تماماً 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 ان 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

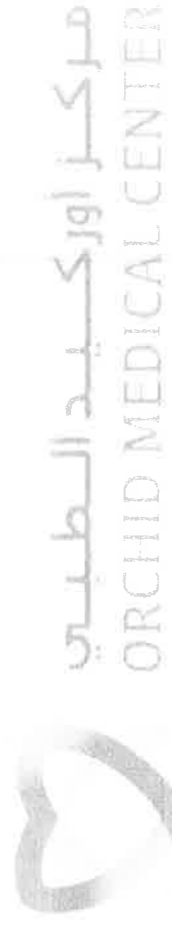
أقر اني امالك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي : *heba samir*

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:





AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000536)	Date:25-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000300 - Heba ,Arbab - 971525374671		
The sum of Dhs. <b>Two Hundred Only</b>		
By Cash <b>200.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 25-04-2018
Being		
Made by <b>Ghada</b>		

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [into@omc1.ae](mailto:into@omc1.ae)

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)