

File No#: 1000235 Date: 21/03/2018
 Patient Name: ZAHRA ALI ALCADIR اسم المريض:
 Date of Birth: 26/07/1983 Gender: M / F (الجنس)
 Nationality: SADIA ARABIA (الجنسية)
 Marital Status: M (الحالة الاجتماعية)
 E.MAIL: Leza/Husain Alhusain 050-4777117
 How Did You Know About Us? INJATA6RAM / واحدة بي لاسيلكون

مكان العمل - التامة الرتبة
 بجانب مركز تدبير السياحة - مكان العمل الجديد

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

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Patient don't like the form & shape
of her teeth

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____

Hospitalization: _____ Pregnancy: _____
Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Nothing Abnormal

Radiography: _____

Examination :

Pt has no dental Problems except for
gingivitis related to yt , 2 Bridges
965 | 567

Diagnosis: Mottled 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.

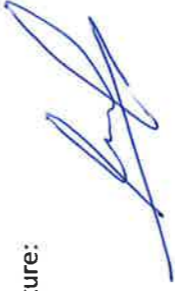
I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

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، وسمح 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 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 العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك 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 عوى 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 امتلك 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: 2018-3-21

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQx0

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File Valid Signature?

Non-Modifiable Data (SF3) True
 Modifiable Data (SF5) True
 Holder Signature Image (SF7) True
 Photography True
 Home Address True
 Work Address True

Card Holder Information

Name	Zahra, Ali, Alsadir,	IDN:	784198339154936	Mother Name:	Mariam
Name (Ar)	زهرة بنت علي بن الصادير	Card Number:	063350973	Mother Name (Ar):	مريم
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	15/05/2013	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/05/2018	Date of Birth:	26/07/1983	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

3/21/2018

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
21/3/2018	veneers 543211234 X 18 432112345			
	Price after discount (11700)	1000.00	10,700.00	
	Study cast + Photographs			
21/3/18	BL1 + Bunny Style with Rounded edges Hollywood Style	4,850	5,850	<i>Dr. Dalia</i>
	Balance (5,850)			
	25/4/2018 - 2000 AED			
	25/5/2018 - 2000 AED			
	25/6/2018 - 1,850 AED			
11/4/18	follow up (Veneer)			
26/6/2018	Follow up / cementation of veneers.	2,000.00	3,850.00	
28/7/18	Payment	2000	1850	
30/9	Payment	850		
21/11/2019	- Scaling & Polishing - Impression upper + Lower (Fractured Lower 4 veneer.			<i>Dr. Dalia</i>

10/15/2019
 Repeating 47 tooth Impression has
 ← because that repeated veneer been Lost in its box.

سند أمانة

أنا الموقع أدناه ..زهرة جليلي...السليبي... حامل هوية رقم: 784198339154936

أقر بأنني ألتزم بدفع مبلغ وقدره 5850 درهم فقط وهو المبلغ المتبقي من المبلغ الاجمالي 11700 درهم وذلك عن تركيب 18 سن من القصور الخزفية التجميلية , خلال ثلاث (3) اشهر من هذا التاريخ لمركز اوركيذ الطبي - الشارقة.

الشهر الاول بتاريخ 2018/04/25 مبلغ وقدره 2,000 درهم

الشهر الثاني بتاريخ 2018/05/25 مبلغ وقدره 2,000 درهم

الشهر الثالث بتاريخ 2018/06/25 مبلغ وقدره 1,850 درهم.

أتعهد أنني سوف أقوم بدفع المبلغ المذكور المتبقي علي بالتواريخ المذكورة أعلاه.

الاسم: زهرة جليلي...السليبي... رقم الهوية 784198339154936... التاريخ: 25/03/2018





مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

2,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000805)

Date:26-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000335 - Zahra Alsadir - 971552449586

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-06-2018

Being **AGAJI 100# 300**Made by **Ghada KC**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000966)

Date:28-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000335 - Zahra Alsadir - 971552449586

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

By Cash **2,000.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 28-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 338

Made by Ghada

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

إتفاقية تصميل الأسنان باستخدام القشور الخزفية لدى مركز أوركيدي الطبي

أقر أنا زكيون نعمت بكلي بنون نعمت اللد... قسم اللد... أنني قد حضرت إلى مركز أوركيدي الطبي للحصول على تصميل الأسنان باستخدام القشور الخزفية. وقد تم إعلامي بكافة الإجراءات وخطوات العلاج والأخطار المحتملة من قبل الطبيب المعالج والتي قد تشمل الآتي:

- التحضير الأسنان لتركيب القشور الخزفية قد يكون من الضروري حفا الأسنان التي سيتم تجهيلها بشكل بسيط من أجل التصاق أفضل والحفاظ على صحة اللسجة المجاورة. حفا الأسنان إن حدث سيكون محبوا و تحفظا.

- قد يسبب العلاج بالقشور الخزفية حساسية الأسنان مؤقتا. وفي حالة بقاء الحساسية لمدة أطول يتعين على المريض تحديد موعد لفحص الأسنان مع الطبيب المعالج.

-تكسر أو تشقق أو تساقط القشور الخزفية:
بالرغم من صلابة و متانة القشور الخزفية فإنها قد تتعرض أحيانا للتكسر أو التشقق أو السقوط لوامل عدة منها قضم المواد شديدة الصلابة أو تغيير في قوة العضة أو أي حوادث قد يتعرض لها المريض أو تغير في عادة اللصق المستخدمة في التركييب أو أي عوامل أخرى خارجة عن إرادة الطبيب المعالج.

- قد تتأثر اللثة و اللسجة المحيطة بعملية لصق أو تركيب القشور الخزفية أو العناية غير المناسبة بالأسنان أو عدم متابعة التنظيف الدوري في عيادة الأسنان في مركز أوركيدي الطبي. وفي حالة ظهور أي أعراض للالتهاب يجب على المريض التواصل مع المركز لحجز موعد مع الطبيب المعالج فوراً.

• يبذل الطبيب المعالج كافة جهده للحصول على الشكل و اللون المطلوبين و المرضيين جماليا للمريض و قد تطرأ أحيانا اختلافات على تصميم أو لون الأسنان للضرورة لمناسبة احتياجات كل مريض. وبالتالي أقر بأنه قد تم اختيار درجة اللون B12. لإنساني بكامل ارادتي و بعد النقاش مع الطبيب و دراسة جميع الخيارات المناسبة لي من حيث الشكل و اللون و أنني قد فوضت الطبيب لاختيار التصميم الأكثر ملاممة للقشور الخزفية.

• قد تختلف ديمومة القشور الخزفية من مريض إلى آخر باختلاف حالة المرض و الظروف المحيطة بها و الاختلافات الفردية في العادات بين مريض و آخر. و مع ذلك يضمن مركز أوركيدي الطبي العلاج لمدة 10 سنوات و هذا الضمان يشمل تغير اللون الكسر و التشقق أو السقوط الناتج عن أي خطأ مخبري أو سريري و لا يشمل الضمان الأضرار الناجمة عن سوء الاستخدام أو عدم العناية و المتابعة الدورية لدى مركز أوركيدي الطبي.

• يلتزم الطبيب المعالج في مركز أوركيدي الطبي بالتنظيف الدوري للأسنان و القشور الخزفية للمريض كل 6 أشهر و لمدة (2) سنوات.

• يتوجب على المريض إعلام الطبيب المعالج في مركز أوركيدي الطبي و طلب مساعدته في حالة حدوث أي أمر غير متوقع أو أي تغير محتمل في لون أو شكل القنيتير أو أي تغير في اللسجة المحيطة أو أي استفسارات أخرى.

• يتعين على المريض الالتزام بكافة تعليمات الطبيب لما بعد العلاج و الالتزام بالتعليمات المتعلقة بالعناية الصحية اليومية (تنظيف الأسنان بالطريقة الصحيحة و تنظيف الأسنان بالخط و أي علاجات أخرى. و كذلك الزيارة الدورية لتنظيف الأسنان و تسقط مسؤولية الطبيب المعالج و مركز أوركيدي الطبي عن تأثر العلاج بعدم الالتزام بالتعليمات أو عدم إعلام الطبيب المعالج في مركز أوركيدي الطبي بأي طارئ أو في حالة قيام أي طبيب آخر بأي تغيير أو إجراء طبي على الأسنان المعالجة بالقشور الخزفية أو الأسنان و اللسجة المجاورة لها دون موافقة الطبيب المعالج.

• ألتزم أن علي سداد كافة رسوم العلاج المطلوبة قبل التركييب النهائي للقنيتير و بحسب الاتفاق الجرم مع إدارة مركز أوركيدي الطبي.

المستطوع الأول 26/7/2018
المستطوع الثاني 26/8/2018
المستطوع الثالث 26/9/2018

أقر أن كافة استفساراتي و استلتي المتعلقة بالعلاج بالقشور الخزفية قد أجيب بشكل كامل و أن هذه الإجابات و التوضيحات كانت كافية بالنسبة لي و تتضمن كافة الإجراءات العلاجية و التجميلية التي سيقوم بها الطبيب و الأضرار المحتملة و التعليمات الصحية المتعلقة بالعناية بالقشور الخزفية و الأسنان بشكل عام. كما تم إعلامي بكافة رسوم العلاج التي يتوجب علي دفعها و أنني قد فوضت الطبيب المعالج
بكامل إرادتي و القيام بكل ما يلزم للحصول على العلاج و التجميل المناسب لأسناتي.

الأسنان المعالجة بالقشور الخزفية:
S u n i t i n s

توقيع المريض / الشخص المفض بالتوقيع:

توقيع و ختم المركز:

د. هيلد الحليم المرادوي
Dr. Abdul Haleem Al Mardawi
ممارس عام - طبيب أسنان عام
General Practitioner Dentist
ترخيص رقم: D388021
MOH License No.: D388021
مركز أوركيدي الطبي
Orchid Medical Centre



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

850.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001339)

Date: 30-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000335 - Zahra Alsadir - 971552449586

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **850.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-09-2018

Being **AGAINST INVOICE NO: 338**

Made by Ghada

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

