

File No#: 1000435 Date: 15/04/2018  
اسم المريض

Patient Name: Sara Al baradee

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/09/1991 Gender (الجنس): M /  F

Nationality (الجنسية): Lebanon Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 055-2832792

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint: irregular period

السجل الطبي Medical History

Diseases: Medication: LMP = 4-3-2018

Allergies: Hospitalization: Family History:

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

Remarks:

Clinical Findings: n.l

Radiography:

Examination: ~~++~~ → Pict endometrium, Both ovaries normal

Diagnosis: irregular period





مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

### 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 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 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 أن 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 امتلك 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 :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

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	Sarah, Albaradee	IDN:	784199152925097	Mother Name:	
Name (Ar)	سارة محمد البرادعي	Card Number:	087290730	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	23/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	16/01/2020	Date of Birth:	18/09/1991	Sponsor Name:	عيسى اسماعيل نور الدين
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0177842717
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173717384	Residency Expiry:	16/01/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/15/2018



**DOCTOR NOTE**

15-04-18

Irregular Period





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 140.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006457

Date: 11-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000435 - SARA ALBARADEE - 971552832792**The sum of Dhs. **One Hundred Fourty Only**By Cash **140.00** / 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:

Reimbursement advance for extraction theeth **140 + vat balance 110**Made by **Reem**

- 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**