

File No#: 1000460

Patient Name: AHMED AL ALI

Date of Birth(التاريخ الميولد): 01/02/1979

Nationality(الجنسية): UAE

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

E.MAIL:

How Did You Know About Us? - THAO REEM AL ALI

Date: 22/04/18

اسم المريض:

Gender (الجنس): (M) / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0552280000

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
+	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟	Yes/No لا/نعم	
+	Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	
+	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	
+	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	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، امراض القلب	Yes/No لا/نعم	
+	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No لا/نعم	
+	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (فقر الدم)	Yes/No لا/نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل انت حامل؟ هل تعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	
+	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، باء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions: أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	Yes/No لا/نعم	

نعم 150 درهم اشتراك

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 المعوّل.

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

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

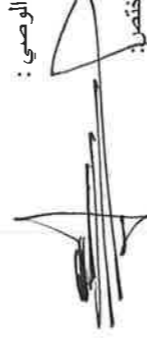
أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان 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 تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك 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 / الرصي :



التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Pain upon chewing on the left side

Medical History السجل الطبي

Diseases: Diabetes Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Partial edentulous

Radiography: RCT made on ~~9~~ 8
stout

Examination: Pain on percussion / Gingival bleeding
next to restoration

Diagnosis: Bad old Restoration

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	Ahmed,Abdalla,Rasheed,,Al Ali		
Name (Ar)	احمد عبدالرشيد رآل علي		
Title			
Title (Ar)			
Issue Date:	03/03/2016		
Expiry Date:	03/03/2026		
Marital Status:	02		
Residency Type:			
ID Type: ID			
IDN:	784195910606391	Mother Name:	
Card Number:	077294662	Mother Name (Ar):	
Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301007360
Sex:	M	Sponsor Type:	
Date of Birth:	01/03/1959	Sponsor Name:	
Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Number:		Residency Expiry:	
Occupation:		Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/22/2018



AED 1,000.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000514)	Date:22-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000460 - AHMED AL ALI - 971552800005		
The sum of Dhs. One Thousand Only		
By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 22-04-2018
Being		
By : by Ghada		

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

www.omc1.ae



AED 1,000.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000596)	Date:05-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000460 - AHMED AL ALI - 971552800005		
The sum of Dhs. One Thousand Only		
By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 05-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

Ghada



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000667)	Date: 21-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000460 - AHMED AL ALI - 971552800005		
The sum of Dhs. One Thousand Only		
By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 21-05-2018
Being AGAINST INVOICE NO: 556		
Made by Ghada		

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

www.omcl.ae