

File No#: 100048J Date: 29/4/2018 اسم المريض: _____
 Patient Name: Maxim Shah Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 22/6/1991 Occupation (الوظيفة): _____
 Nationality (الجنسية): Pakistani Phone No. (رقم الهاتف): 055-8229939
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): married
 E.MAIL: _____
 How Did You Know About Us? _____

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا	No
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أيستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	No
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	No
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعقي من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	No
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	No
	Anemia, Leukemia (مرض الدم)، لوكيميا	Yes/No نعم / لا	No
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	No
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	No
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *النساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع الحمل؟ هل تعطين من مشكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	No
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	No
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	No
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	No
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	No
Other	Other conditions: فيروس نقص المناعة البشرية، فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	No



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 التخصصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

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

أفرض 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 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: went a Hollywood smile

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : Diastema

Diagnosis: Form & shape of teeth ~~Abnormal~~

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Mariam, Shah, Jehan Shah	IDN:	784199143143297	Mother Name:	
Name (Ar)	مریم شاہ، جہان شاہ	Card Number:	088524250	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	09/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	04/04/2021	Date of Birth:	22/06/1991	Sponsor Name:	فارس عقول جمہ اہلی
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	340112
Residency Type:	03	Residency Number:	20120053050457	Residency Expiry:	04/04/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/29/2018



AED 3,750.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000555)	Date:29-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000485 - Mariam Shah - 971558229939		
The sum of Dhs. Three Thousand Seven Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 3,750.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 29-04-2018
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 3,000.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000636)	Date:13-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000485 - Mariam Shah - 971558229939		
The sum of Dhs. Three Thousand Only		
By Cash 3,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 13-05-2018
Being AGAINST INVOICE NO: 594		
Made by Ghada		

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