

File No#: 10004188

Patient Name: HAMIDAH AL BELOOSH /

Date of Birth (الميلاد): 03/01/1993

Nationality (الجنسية): UAE

Marital Status (الوضع الإجتماعي):

E.MAIL:

How Did You Know About Us? / from Internet

Date: 29/04/18

اسم المريض:

Gender (الجنس): M /

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0507947791

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No لا/نعم	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أيستيرويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No لا/نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No لا/نعم	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعقي من أي أمراض؟		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، أمراض القلب High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تعاطى أي مميعات الدم؟		Yes/No لا/نعم	
	Anemia, Leukemia(فقر الدم)، نوكميا (سرطان الدم)		Yes/No لا/نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No لا/نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *:للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعقين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No لا/نعم	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No لا/نعم	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions؟ أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط etc		Yes/No لا/نعم	



مركز أوركييد 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 الإضافية 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 انه 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفلاح 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:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: have broken veneer

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: \_\_\_\_\_

Radiography: \_\_\_\_\_

Examination: \_\_\_\_\_

Diagnosis: Broken 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	Hamidah, Ali, Essa, Al Belooshi	IDN:	784197579742905	Mother Name:	
Name (Ar)	حميدة علي عيسى البوشي	Card Number:	075313846	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	501005699
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	08/10/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/10/2020	Date of Birth:	03/01/1975	Sponsor Name:	
Marital Status:	03	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	02	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/29/2018

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
29/4/2018	Veneers x 2 - 1/1	1500/-	0	
	- Only have done mock up so far			
11/5/2018	Preparation for 1/1 - Temporary crowns			
	A2			
1/5/2018	Cementation - 1/1			
26/4/2018	Follow up / Remake			
	Appointment at the end of Ramadan			
2018-1-1	إعادة فني veneers			D.A.S

د. عبدالحليم المرادوي  
Dr. Abdul Haleem Al Mardawi  
ممارس عام - طبيب أسنان عام  
General Practitioner Dentist  
ترخيص رقم: D39021  
MOH License No.: D39021  
مركز أوركيد الطبي  
Orchid Medical Centre

د. أميرة حنين  
Dr. Amira Hassan  
ممارس عام - طبيب أسنان عام  
G.P General Dentist  
ترخيص رقم: D57288  
MOH License No.: D57288  
مركز أوركيد الطبي  
Orchid Medical Centre



AED 1,500.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000557)	Date:29-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000488 - HAMIDAH AL BELOOSHI - 971507947791		
The sum of Dhs. <b>One Thousand Five Hundred Only</b>		
By Cash <b>1,500.00</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: 29-04-2018
Being		
Made by <b>Ghada</b>		

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omcLae

www.omcLae.com