

File No#: 1000496

Patient Name: Fatima Kanan

Date of Birth (التاريخ الميلادي): 3/16/1950

Nationality (الجنسية): Jordanian

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Widaw

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Date: 30/04/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة): ربة بيت

Phone No. (الرقم الهاتف): 5277573

	Medical Condition الحالة الطبية	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	Lipitor 40 - Diovan 80
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أيستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	No
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟	Yes/No نعم / 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	Yes/No نعم / لا	شكارة 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	نعم / لا
	Anemia, Leukemia (السرطان الدم)، Lوكيميا	Yes/No نعم / لا	لا
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	لا
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	لا
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	لا
ENDO	Thyroid Diseases; Diabetes هل تعاطيت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	لا
Other	Other conditions: فيروسات أخرى؟ HIV...etc هل تعاطيت من أي أمراض أخرى؟ فيروسات الأبتز، فيروس الحلا البسيط	Yes/No نعم / لا	لا



مركز أوركيد 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 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 الطبية.

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 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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: ٢٠١٨/٤/٢٠

توقيع الطبيب المختص:

لاستعمال الطبيب فقط
For Doctor's Use Only

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Pain on the left side
lower a ward to extract

السجل الطبي
Medical History

Diseases: Hypertension Medication: Lipitor / Diclofenac / Aspirin / Concor

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: Surgeries Family History: _____

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

Remarks: Pt has stopped ~~antibiotic~~ aspirin since 5
days & stopped started Antibiotic over

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: Pain on percussion / Pain with cold
Class II Decay in 16 and Class V Decay in 13

Diagnosis: Pulpitis (Irreversible) 36

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Fatima,Ahmad,Mohammad,Kanan	IDN:	784195058546805	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة أحمد محمد كنان	Card Number:	086139574	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	02/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	01/11/2020	Date of Birth:	01/01/1950	Sponsor Name:	رابطه كشور للتجاره - ش م ح
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	40120117011869	Residency Expiry:	01/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo


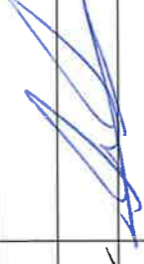
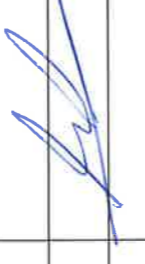

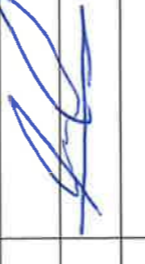

Signature Image

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

5/7/2018

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
27/4/2018	1) Root canal Treatment (Emergency) — 16 1250	800	0	
		600		
	2) Root Canal Treatment (Emergency) — 3 800	800	600	
		PTA: 1,400.00		
2/5/2018	Obturation for 13 W.L: 22 IF: 25	500	100	
13/5/2018	Follow up			
29/5/2018	Final Filling — 6	100	0	
21/6/2018	Composite Filling — 7 2 Surfaces	250	0	
28/6/2018	Composite filling — 7 1 Surface	200	0	

د. عبدالحليم المرادوي
Dr. Abdul Haleem Al Mardawi
ممارس عام - طبيب اسنان عام
General Practitioner Dentist
MOH License No.: D38021
مركز أوركيذ الطبي
Orchid Medical Centre



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 800.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000570)	Date:30-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000496 - Fatima Kanan - 971505277573		
The sum of Dhs. Eight Hundred Only		
By Cash 800.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 30-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000604)	Date: 07-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000496 - Fatima Kanan - 971505277573		
The sum of Dhs. Five Hundred Only		
By Cash 500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 07-05-2018
Being AGAINST INVOICE NO: 609		
Made by Ghada		

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000698)	Date:29-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000496 - Fatima Kanan - 971505277573		
The sum of Dhs. One Hundred Only		
By Cash 100.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 29-05-2018
Being AGAINST INVOICE NO:609		
Made by Ghada		

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

250.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000788)

Date: 21-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000496 - Fatima Kanan - 971505277573

The sum of Dhs. Two Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 250.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-06-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000811)

Date: 26-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000496 - Fatima Kanan - 971505277573

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

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-06-2018

Being

Made by Ghada

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