

File No#: 1000503

Patient Name: Abeer Sulaiman Issa

Date of Birth (الميلاد): 20 8 1985

Nationality (الجنسية): Omani

Marital Status (الوضع الاجتماعي): married

E.MAIL: Abeer.Sulaiman@hotmail.com

How Did You Know About Us? Dareen Khalifa

Date: 01/05/18

اسم المريض:

Gender (الجنس): M

Occupation (الوظيفة): writer

Phone No. (رقم الهاتف): 850 8053338

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

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر 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 أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن 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 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 تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امالك 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:  1/5/2018

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: _____
Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: Overjet / Protrusion

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO*

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	Abeer,Sulaiman,Jissa,Al Sulaimani	IDN:	784198595068291	Mother Name:	
Name (Ar)	عبد رينث سليمان بن عيسى السليمانى	Card Number:	082744596	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	OMN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مملكة عمان		
Issue Date:	28/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	28/03/2022	Date of Birth:	20/08/1985	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	4190	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

5/1/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

4,200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001299)

Date: 22-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000503 - Abeer Al Sulaimani - 971508055338

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 4,200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

4,200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001481)

Date:20-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000503 - Abeer Al Sulaimani - 971508055338

The sum of Dhs. **Four Thousand Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **4,200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-10-2018

Being **AGAINST INVOICE NO : 2465**Made by **SARA**

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