

File No#: 1000522 Date: 6/5/2018
Patient Name: Mervan Al Mahri

اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/4/1981

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): Emirati

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0502830009

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Google

Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint:

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 :

Diagnosis:

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 الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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 الطبية.

أتفهم انه ليس هنالك 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 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتلك 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 :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

CONSULTATION ABOUT BUTIRIX
INTERUN FOR FUTURE, GUMBERT
KIN ARMS FEB WARTICLES



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Public Data Readed Suc

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	Mariam, Salem, Saeed, Mohammed, Almahri	IDN:	784198181380837	Mother Name:	
Name (Ar)	مريم بنت سالم سعيد محمد المري	Card Number:	071833858	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	401009760
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	10/02/2015	Date of Birth:	07/04/1981	Sponsor Name:	
Expiry Date:	10/02/2025	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	10	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				

Photo



Signature Image

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

5/6/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 950.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000599)	Date:06-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000522 - MARIAM AL MAHRI - 971502830009		
The sum of Dhs. Nine Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 950.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 06-05-2018
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

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001793)

Date:25-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000522 - MARIAM AL MAHRI - 971502830009

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **945.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **25-11-2018**

Being

Made by **FATEN**

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