

File No#: 1000562

Patient Name: ALI SAHAB

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/01/1987

Nationality (الجنسية): PSE

Marital Status (الجماعية): \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? SAME BUILDING

Date: 14 MAY 2018

اسم المريض: \_\_\_\_\_

Gender (الجنس)  M /  F

Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Phone No. (رقم الهاتف): 05296416993

|       | Medical Condition   | الحالة الطبية | Yes/No<br>لا/نعم | If 'YES' give details<br>إذا كتبت الإجابة نعم ذكر بالتفصيل |
|-------|---|---------------|------------------|--|
|       | Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟  |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
|       | Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي مثبوتات للمناعة؟  |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
|       | Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
|       | Surgical Operations, Serious illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟   |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
| CVS   | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغلق القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
|       | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
|       | Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، نيميا (فقر الدم)   |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
| RS    | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى   |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
| GU    | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟  |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
|       | *for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>*للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟                    |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
| GI    | Hepatitis, jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى   |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
|       | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
| CNS   | Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
| ENDO  | Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاطى من مرض الغدة الدرقية؟  |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |
| Other | Other conditions: أي امراض اخرى؟<br>HSV, HIV...etc... فيروس الأبتز، فيروس الحلا المسبب  |               | Yes/No<br>لا/نعم |  |



### 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 اسمح 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 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.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناتجة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن 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 أقدمها 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: Bleeding gums

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 : Gingivitis

Diagnosis: Gingivitis.

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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            | Ali,Salah,,Abdul Al | IDN:              | 784198705765034 | Mother Name:      |            |
| Name (Ar)       | علي صلاح,,عبدالعالم | Card Number:      | 080769103       | Mother Name (Ar): |            |
| Title:          |                     | Nationality:      | PSE             | Family ID:        |            |
| Title(Ar):      |                     | Nationality (Ar): | فلسطين          |                   |            |
| Issue Date:     | 07/11/2016          | Sex:              | M               | Sponsor Type:     | 06         |
| Expiry Date:    | 06/11/2018          | Date of Birth:    | 01/01/1987      | Sponsor Name:     |            |
| Marital Status: | 01                  | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 00         |
| Residency Type: | 02                  | Residency Number: | 20120162497358  | Residency Expiry: | 06/11/2018 |
| ID Type:        | IL                  | Occupation:       | 98              | Occupation Field: | 00         |



Photo

Signature Image

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

5/14/2018





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

|  |                                 |                  |
|--|---------------------------------|------------------|
| AED 200.00   | RECEIPT VOUCHER (No.REC-000646) | Date:14-05-2018  |
| Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000562 - ALI SALAH - 971509696993  |                                 |                  |
| The sum of Dhs. <b>Two Hundred Only</b>  |                                 |                  |
| By Cash <b>200.00</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: 14-05-2018 |
| Being  |                                 |                  |
| Made by Ghada KC   |                                 |                  |

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001775)

Date:22-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000562 - ALI SALAH - 971509696993

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 150.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-11-2018

Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيديك الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001789)

Date:24-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000562 - ALI SALAH - 971509696993

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 150.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-11-2018

Being

*for*

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**