

File No#: 1000599 Date: 27/5/2018 اسم المريض \_\_\_\_\_

Patient Name: Mona al Motawa

Date of Birth (تاريخ الميلاد): \_\_\_\_\_

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): ل.ل.ا.ع

Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_

Phone No. (رقم الهاتف): 0505875599

E.MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us?

Darine

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



مركز أوركيذ 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 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.

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 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.

ان أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني املاك 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**

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
27/5/18	MIKROPEN ANTE AGE DONE	1200.00	Ø	
	<u>24/1/2019</u>			
	Removal of <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</span>			<u>Dr. Dahi</u>
	Lower veneers.			
	<u>4321   1234</u>			
	<u>4/2/2019</u>			
	Cementation of 13 Veneers BL2 <u>(Repeated veneers)</u>			<u>Dr. Dahi</u>
	<u>6/2/2019</u>			
	① Impression for upper For night guard	250		<u>Dr. Dahi</u>
	② Impression for lower 3 unit Zircon (repeated)	150		<u>Dr. Dahi</u>
	③ composite filling For <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</span>			
	<u>13/2/2017</u> Cementation of bridge (Zirconia)			<u>Dr. Dahi</u>

567 400



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000691)	Date:27-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000599 - MONA AL MOTAWA - 971505875559		
The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Only		
By Cash 1,200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 27-05-2018
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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000906)

Date: 15-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000599 - MONA AL MOTAWA - 971505875559

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,500.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 2090

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)

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen ..... B12 ..... اللون الذي تم اختياره.....

Design Been Chosen ..... Normal Square ..... التصميم الذي تم اختياره.....

Quantity Agreed to Order ..... 13 veneer ..... العدد المتفق على تركيبه.....  
have been changed

Notes: ..... patient has a deviation in ..... ملاحظات أخرى:.....  
the Lower Jaw + over jet  
+ sever gingival inflammation  
I have read and agreed to the mentioned specifications above and Orchid Medical Center is not responsible of any change that not matching the above mentioned Specs.

تقد قرأت و أوافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخطي مسؤولية مركز أوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: ..... MONA KL MOTAWA ..... اسم المريض:.....

Date: ..... 4/2/2019 ..... التاريخ: 2019 / /

Signature: ..... Dr. Dalia ..... التوقيع:.....

د. داليا الفايومي  
Dr. Dalia Elfayoumi  
ممارس عام - طبيب اسنان عام  
G.P General Dentist  
ترخيص رقم: D40358  
MCH License No.: D40358  
مركز أوركيد الطبي  
Orchid Medical Centre

4/2/2019

File No#: 1000599

Patient Name: MOUA AL MOTAJJA

Date of Birth (تاريخ الميلاد):

Nationality (الجنسية):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

E-MAIL:

How Did You Know About Us? FAM MAMAM DAAEN

Date: 26/05/18

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. رقم الهاتف: 01025875559

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	Penciline and Avalox
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	CAEASIAN
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	تماماً مرتخي في 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	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	فقر دم
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 تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة 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 تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions: HIV, etc. هل تعاطيت من أي أمراض أخرى؟ HIV, etc	Yes/No نعم / لا	



## نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

ولنا أفهم 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 العلمية.

أفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماماً كفة الإخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية و أفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة لتفحص أو إجراء الطبي

أفهم ان هناك رسوم بالأحد 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 الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني 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:

## 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:

For Doctor's Use Only لا استعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint: Went to change veneers

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_  
Allergies: 2 \_\_\_\_\_ Pregnancy: - \_\_\_\_\_  
Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

Habits: Smoking: Y/N ✓ Alcohol: Y/N ✓ Drugs: Y/N \_\_\_\_\_

Remarks: -

Clinical Findings: -

Radiography: -

Examination: -

Diagnosis: Gingivitis from bad veneers

FILE NO#:

PATIENT NAME:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
26/5/2018	consultation for veneers			
29/5/2018	Preparation for veneers BL1 5-1-1-3 ur 1-1-4	12000 6,000.00	6,000.00	
9/7/2018	Post & core build up 7 x 2 150 x 2	300		
	Next appointment impression for crown 567	2700 350		
10/7/2018	Impression Taken	1650	1500	
15/7/2018	Cementation of crown 567	1500		
10/11/2019	- Removal of broken veneers of teeth no 1-1 + 4-1 teeth Impression + bite + temporary veneers fixation			Dr. Datta



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,000.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000700)	Date:29-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000599 - MONA AL MOTAWA - 971505875559		
The sum of Dhs. Six Thousand Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 6,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 29-05-2018
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 أوريد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

6,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000731)

Date: 07-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000599 - MONA AL MOTAWA - 971505875559

The sum of Dhs. Six Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 6,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-06-2018

Being AGAINST INVOICE NO: 737

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)

التاريخ 2018/06/07

الى من يهمه الامر

حضرت السيدة/ منى احمد علي المطوع الي مركز أوركيد الطبي  
ظهر يوم الخميس الموافق 2018/06/07 في الساعة 1 ظهراً للمراجعة  
ومتابعة العلاج في عيادة طب الأسنان وقد اعطيت لها هذه الشهادة بناءً علي  
طلبها .

د. عبد الحليم المرادوي

المدير الطبي/ طبيب وجراح الفم والأسنان

المدير الطبي  
MEDICAL DIRECTOR



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,650.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000874)

Date:09-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000599 - MONA AL MOTAWA - 971505875559

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,650.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-07-2018

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

400.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002555)

Date:06-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000599 - MONA AL MOTAWA - 971505875559

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 400.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-02-2019

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)