

File No#: 1000648

Patient Name: SALEM AL VEETAI

Date of Birth: 12/10/1980

Nationality: UAE

Marital Status: _____

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us? _____

Ali Alkhanari

Date: 10/06/18

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة): _____

Phone No. (رقم الهاتف): 0507888839

| | الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|-------|---|--------------------|---|
| NE | Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟ | Yes/No نعم / لا | لا |
| | Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أيستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟ | Yes/No نعم / لا | لا |
| | Allergies هل لديك أي حساسية؟ | Yes/No نعم / لا | لا |
| | Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعطي من أي أمراض؟ | Yes/No نعم / لا | لا |
| 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 | لا |
| | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | Yes/No نعم / لا | لا |
| | Anemia, Leukemia(سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، أو كيميا (سرطان الدم) | Yes/No نعم / لا | لا |
| RS | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | Yes/No نعم / لا | لا |
| GU | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى 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 منع للحمل؟ هل تتعاطين 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Yes/No نعم / لا | لا |
| ENDO | Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | Yes/No نعم / لا | لا |
| Other | Other conditions: HIV...etc هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط | Yes/No نعم / لا | لا |

نموذج إقرار طبي

وافق وسمح للطبيب بعلاج حثي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و موافق.

أفهم انه من أجل تزويدي بعلاج الأمل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أفهم ان 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.

أفرض للطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حثي المرضية، و أفهم تماما كذقة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية، و أفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة لتخصص أو الإجراء الطبي

أفهم ان هناك رسوم يلتحق الأثني يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان أي معلومات قدمها بخصوص حثي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني املك 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:

٢٠١٦/٦/٨

توقيع الطبيب المختص:



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:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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 | Salem,Ali,Salem,Mohammed,Alseqetri | IDN: | 784198074285903 | Mother Name: | Mariam Mohammed Nour |
| Name (Ar) | سالم علي سالم محمد السقري | Card Number: | 076944197 | Mother Name (Ar): | مريم محمد نور |
| Title: | | Nationality: | ARE | Family ID: | 401003087 |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة | | |
| Issue Date: | 10/02/2016 | Sex: | M | Sponsor Type: | |
| Expiry Date: | 10/02/2021 | Date of Birth: | 12/10/1980 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | |
| Residency Type: | | Residency Number: | | Residency Expiry: | |
| ID Type: | ID | Occupation: | | Occupation Field: | 17 |



Photo

Signature Image

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

6/10/2018

For Doctor's Use Only لا استعمال الطبيب فقط

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: Abnormal form of teeth



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,775.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000748)

Date: 11-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000648 - SALEM AL SEQETRI - 97150788839**The sum of Dhhs. **One Thousand Seven Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,775.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **11-06-2018**

Being

Made by **Ghada**

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