

File No#: 1000691

Patient Name: Nawra Al Zaabi

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12-4-1992

Nationality (الجنسية): U.a.e

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us? Google

Date: 28/6/2018

اسم المريض: _____

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة): _____

Phone No. (رقم الهاتف): 0503401441

	الحالة الطبية / Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If YES give details إذا كتبت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟	Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات 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 تعاطى من أي امراض؟	Yes/No نعم / لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions؟ امراض اخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط	Yes/No نعم / لا	

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 ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر 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 هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الأخطار 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 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امالك 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:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Patient is not satisfied with color & form of teeth

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Unsatisfactory Oral Hygiene

Radiography: _____

Examination: Missing 41

Diagnosis: Nothing Ab. Abnormal form of teeth

750 x 9 = 6750
507.
3500
3250

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Noura,Muflih,Mubarak,Alarwa,Alzazabi	IDN:	784199269204022	Mother Name:	Sabah Ismeail
Name (Ar)	نورا مفلح مبارك الرواح الزعابي	Card Number:	067010881	Mother Name (Ar):	صباح اسماعيل
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	101013963
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	26/01/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	26/01/2019	Date of Birth:	12/04/1992	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/28/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000822)

Date:28-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000691 - NOURA ALZAABI - 971509401441

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-06-2018

Being

Made by Nancy  Gnada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,507.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000850)

Date:04-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000691 - NOURA ALZAABI - 971509401441

The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 2,507.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 2049

Made by Ghada

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

بنك أبوظبي التجاري
ADCB

AJMAN BRANCH, AJMAN

Pay
against this cheque to or the bearer
Dimams

Date 2018-09-10

مركز أوركيد الطبي
الف - ١٠٠٠ درهم فقط

Signature
SAEBAH ISMAIL W/O MENTAH M. A. ALZABRI
123915010001

3007503358

بنك أبوظبي التجاري
ADCB

AJMAN BRANCH, AJMAN

Pay
against this cheque to or the bearer
Dimams

Date 2018-09-10

مركز أوركيد الطبي
الف - ١٠٠٠ درهم فقط

Signature
SAEBAH ISMAIL W/O MENTAH M. A. ALZABRI
123915010001

3007503358

سيتم دفع مبلغ الشيكات نقداً بالضاخنة الى ا. درهم
لكونه اجمالي المبلغ ٣٠٨٠ درهم وذلك بالتاريخ المحدد لهما

التوقيع / Zaid

التاريخ / ١٤ | ٩ | ٢٠١٨



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

3,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000959)

Date:26-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000691 - NOURA ALZAABI - 971509401441

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 3,500.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. 000154

Date: 26-07-2018

Being CHEQUE 000153 1750DHS , CHEQUE 000154 1750 DHS

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

80.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001066)

Date:15-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000691 - NOURA ALZAABI - 971509401441

The sum of Dhs. Eighty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 80.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-08-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 2049

Made by Ghada

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