

File No#: 1000707

Patient Name: Razan Al Samman

Date of Birth: 18/8/1985

Nationality: Syria

Marital Status: Single

E.MAIL:

How Did You Know About Us? Wafar

Date: 4/7/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0505630692

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If YES give details إذا تلت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
	Allergies ؟ حساسية؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	Laparoscopy 2 times.
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	Anemia
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل متعنتين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	Menstrual Problems
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		<input checked="" type="radio"/> Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions؟ أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc		<input checked="" type="radio"/> 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 الاولي، 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 انه ليس هناك 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.

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

أقر أنني املاك 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 :


4/7/18

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Pain at sleeping time

Medical History السجل الطبي

Diseases: Anemia Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: Laparoscopy Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

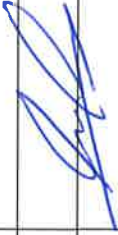
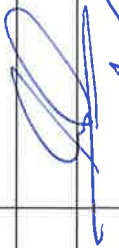
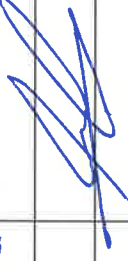
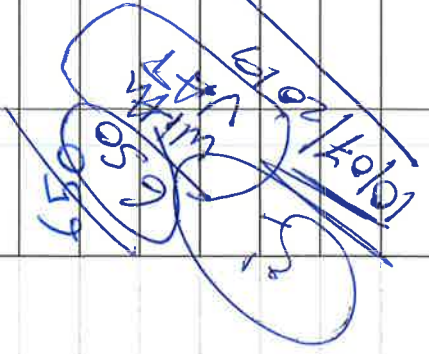
Radiography: Radiolucency apical to root opaque composite filling

Examination: Reveals to cold

Diagnosis: Recurrent caries that extend into pulp causing extra pulpitis

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
4/7/2018	RCT — 5 (Access to pulp & extirpation of pulp & devitalization for tooth)	600 ₪	₪	
	1000 600			
8/7/2018	Obturation W.L: 19 F.R: 45			
15/7/2018	Final Filling — 5			
19/7/2018	Composite Filling Class V — 5	200 ₪	₪	
10/7/2019	Zoom whitening session	650		Dr. Daria
		650		

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Razan,Adnan,Alsamman	IDN:	784198505179584	Mother Name:	
Name (Ar)	رزان عتقان السمان	Card Number:	087663037	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		(Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	13/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	10/02/2021	Date of Birth:	18/08/1985	Sponsor Name:	داره الخدمات الاجتماعيه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120187005838	Residency Expiry:	10/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	3226	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/4/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

600.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000853)

Date: 04-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000707 - RAZAN AL SAMMAN - 971505690692

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 600.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-07-2018

Being

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

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000931)

Date:19-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000707 - RAZAN AL SAMMIAN - 971505690692

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-07-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوريد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 648.37

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004367)

Date:10-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000707 - RAZAN AL SAMMAN - 971505690692

The sum of Dhs. Six Hundred Forty-Eight Dirhams and Thirty-Seven Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 648.37 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-07-2019

Being Zoom Whitening + VAT (5% DISCOUNT WAFFER CARD)

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000707 - RAZAN AL SAMMAN - 971505690692

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

GOVERNMENT OF SHARJAH



حكومة الشارقة

WAFFER CARD PROGRAM

بطاقة برنامج وافر

رزان عدنان السمان

Razan Adnan Alsamman

دائرة الخدمات الاجتماعية

Social Services Department

W.ID: 46

ID: 1127

خدمات موظفي حكومة الشارقة

SHARJAH GOVT. EMPLOYEES DISCOUNTS

Waffer

5%
10/10/2019