

File No#: 1000714

Patient Name: Saied AL Haji

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 2/3/1996

Nationality (الجنسية): U.a.e

Marital Status (الجماعية):

E.MAIL:

How Did You Know About Us? Google

Date: 8/7/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0565888736

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



مركز أوركيد 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 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.

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 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 :

التاريخ 2018-07-08

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Teeth are yellow

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: 2

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Good Oral Hygiene

Radiography: _____

Examination: Nothing Abnormal

Diagnosis: Staining of enamel

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

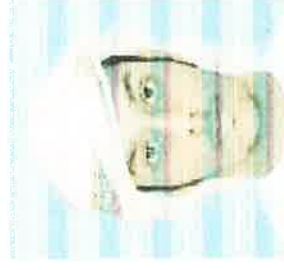
SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	True
Modifiable Data (SF5)	True
Holder Signature Image (SF7)	True
Photography	True
Home Address	True
Work Address	True

Card Holder Information

Name	Saeed,Ali, Yousif,Alhaji,Hassan	IDN:	784199671049148	Mother Name:	Huda
Name (Ar)	سعيد علي يوسف الهاجي حسن	Card Number:	064397526	Mother Name (Ar):	هدى
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301010659
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	14/07/2013	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	14/07/2018	Date of Birth:	02/03/1996	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	15



Photo

Signature Image

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

7/8/2018



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000868)

Date: 08-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000714 - SAEED ALHAJI - 971565888736

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

By Cash 1,000.00 / By Credit Card 260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-07-2018

Being

Made by Ghada

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