



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إقبال... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 16/9/2018

File Number: 1000951

Patient Name: Fatima A. Zahra F.I.J.

إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 22/3/1992 Gender: M / (F)

الحالة الاجتماعية: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): M.A.S.S.A. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0583691681

E-MAIL:

How did you know about us: friends

Medical History التاريخ الطبي		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No لا نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا نعم	✗
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مستوربونات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا نعم	✗
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا نعم	✗
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا نعم	✗
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 لا نعم	✗
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا نعم	✗
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) إنيميا (فقر الدم)، لوكميما (سرطان الدم)	Yes/No لا نعم	✗
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا نعم	✗
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو جنسية؟	Yes/No لا نعم	✗
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا نعم	✗
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، الوبائي، الصفراء أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا نعم	✗
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No لا نعم	✗
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا نعم	✗
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا نعم	✗
Other conditions فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط، HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	Yes/No لا نعم	✗



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 any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمع للطبيب علاج حالي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تربيته بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفهين لتتوقع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن متناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد بقي السلف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Patient Assessment Form

Weight (الوزن): Kg Vital Signs المؤشرات الحيوية
Pulse (النبض): ppm Height (الطول): cm Blood Type (نمط الدم):
Blood Pressure (ضغط الدم): / Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings
ملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

16.09.2018

ارتباط لث
PDI? FAGE

CONSULTATION

FILIP MD

Raf

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA
cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Fatimaezzahra,,,Tiji	IDN:	784199282143199	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة الزهراء,,,تيجي	Card Number:	085836895	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	16/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	14/10/2019	Date of Birth:	22/03/1992	Sponsor Name:	الكرنك لخدمات التنظيف ش م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172602469	Residency Expiry:	14/10/2019
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/16/2018

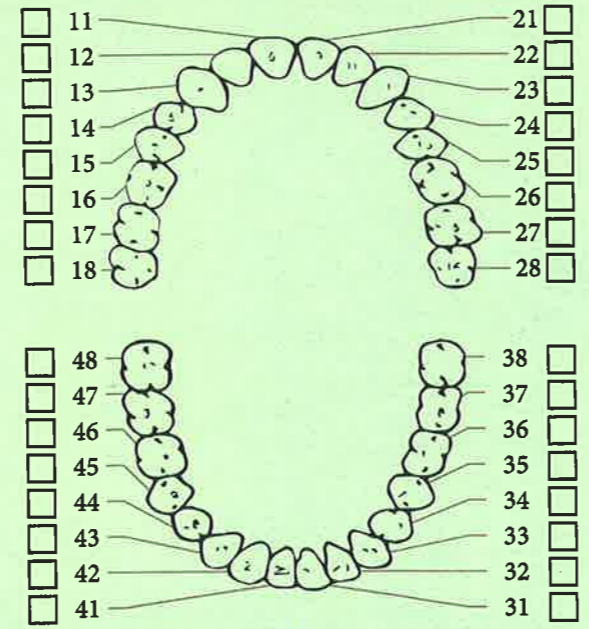


Da Vinci DENTAL ART

Tel. : +971 4 359 4100, Fax : +971 4 359 4200
P.O. Box : 236989 - Dubai - U.A.E.
info@davincidentalart.com, www.davincidentalart.com

17487

- ZIRCONIA
- PFM
- EMAX
- VENEER
- NON-PREP VENEER
- WORK TYPE
- CROWN/BRIDGE
- INLAY/ONLAY
- POST
- TELESCOPIC
- MARYLAND BRIDGE
- OTHER
- NIGHT GUARD
- DIAGNOSTIC WAX UP
- ORTHO
- DENTURE



SHADE : BL2

Doctor's Name : DR. HALIM MARDAWI
 Patient's Name : FATIMA TST
 Clinic : ORCHID MEDICAL CENTRE
 Sent Date : 16/9/2018
 Return Date :
 Age : M F

Dr. Sign _____ Clinic Stamp _____

PONTIC DESIGN

Note : For any urgent cases extra charge 30 to 50% of the value of the case so that we can serve you better

DOCTOR NOTE

SNAP - ON



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001261)

Date: 16-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000951 - FATIMAEZZAHRA TIJI - 971503691681

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,500.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 16-09-2018

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

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001262)

Date:16-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000951 - FATIMAEZZAHRA TUJ - 971503691681

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 16-09-2018

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

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001326)

Date: 26-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000951 - FATIMAEZZAHRA TUJ - 971503691681

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 26-09-2018

Being

Made by

Grade

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

www.omc1.ae



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,995.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005830)

Date: 04-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000951 - FATIMAEZZAHRA TUJI - 971503691681

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 995.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-11-2019

Being 2 ZIRCON CROWN + VAT

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 : 1000951 - FATIMAEZZAHRA TUJI - 971503691681

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