



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

مركز أوركيد الطبي
Health ... Smile ... Beauty

Date: 8/19/2018

File Number: 1000960

Patient Name: Fatima AL Zeayudi

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25/10/1995 Gender (الجنس): M / ♂

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0569109198

E-MAIL:

How did you know about us: 01000960

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا/تعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No لا/تعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		Yes/No لا/تعم	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No لا/تعم	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟		Yes/No لا/تعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No لا/تعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No لا/تعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)		Yes/No لا/تعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، آزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No لا/تعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/تعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية		Yes/No لا/تعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، اليرقان، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No لا/تعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No لا/تعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/تعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/تعم	
Other conditions MS, HIV, AIDS هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السليبي، AIDS		Yes/No لا/تعم	

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 of 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 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.

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

Date: ... / ... /

نموذج إقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بإجراء حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي
بالتعالج 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية
المقدمة لي، كما أتفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون صالحة للفحوصات و الإجراءات
العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات
كالالتهاب أو القزوم أو التزيف أو الألم أو الصلابة
المرضية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع
الرسوم المطلوبة يجب أن تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تم تحفي الملف صحيفياً و
لتفهم أن أي معلومات تعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون
عزائفتي
- تقر أن لدي المعلومات الكافية لتفهم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و
أدعي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و التي وقعت علي يدي بأكمل اراضي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Patient Assessment

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

Chief Complaint

سبب زيارة المريض للحيدة
Went to another clinic and told her she
need to extract tooth 21.

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (نعم/لا): Smoking Y / N

الكحول (نعم/لا): Alcohol Y / N

الأدوية (نعم/لا): Drugs Y / N

General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

early loss of teeth
due to caries

Treatment Plan خطة العلاج

- Extraction 6

- Fillings (Multiple)

- Will ~~try~~ try to perform RCT for

6 as a beginning & in case

corals are calcified will do

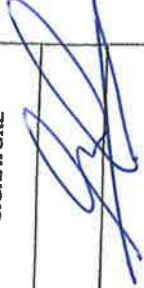
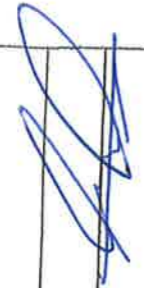
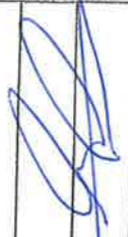
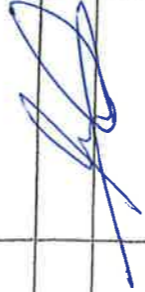
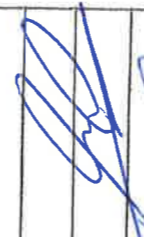

extraction

Doctor's Signature and Stamp:

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
19/9/2018	Extraction of 6 + with Root Seperation	500 ₪		
	Extraction of 6 + Remaining Root Retained Apical tip (for follow up)	300 ₪		
	RCT 6 +			
	Open access / 1500 1500 Distal - Opened Mesial - Blocked Opened Canals	900 ₪		
6/10/18	P-19 D.M: 17 Canals are Calcified Retreated			
21/10/2018	Appointment on 20/10 Extraction for same 6 + Follow up			 

REDAD DATA
cAEAlOEBA830DQxO*

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	Fatmah,Rashed,Khameis,Hassan,Alzeyouidi	IDN:	784199351946050	Mother Name:	Aisha
Name (Ar)	فاطمة برashed,خميص,الزويدي	Card Number:	080437992	Mother Name (Ar):	عائشة
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	706000292
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	16/10/2016	Date of Birth:	25/10/1993	Sponsor Name:	
Expiry Date:	16/10/2021	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	11	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

9/18/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001278)

Date:19-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000960 - FATIMA ALZEYOUDI - 971569109198

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-09-2018

Being

Made by  Gheda

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

SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: **ORCHID MEDICAL CENTER**

Date of issue: **19 SEPTEMBER 2018**

Cert No: **OMC1/2018/1019**

Patient's Name: Fatima Alzeyoudi	File Number: 1000960
Age:25	Sex: FEMALE

Unfitness

This is to certify that the above patient visited MEDICAL CLINIC on **19/SEPTEMBER/2018**

The patient is unfit to work from **20/SEPTEMBER/2018** until **21/SEPTEMBER/2018**.

Diagnosis: Early Loss of teeth#46 due to caries

Treatment: Surgical Extraction of #46 with separation of roots .

Which requires rest for 1 day and Follow up.

Comments:

Doctor's Name: Dr. ABDUL HALEEM AL MARDAWI	License Number: D38021
Signature :	Stamp :

Notes :

- 1- Certificate is invalid if any corrections are made.
- 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped.
- 3- Certificate is issued at patient's request

للاستعمال الرسمي : نصادق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور المرخص من قبل وزارة الصحة دون تحمل إدارة منطقة الشارقة الطبية أي مسؤولية من محتويات هذا التقرير. (اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية)



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001304)

Date:22-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000960 - FATIMA ALZEYUUDI - 971569109198

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

By Cash 300.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

900.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001342)

Date:01-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000960 - FATIMA ALZEYOUDI - 971569109198

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 900.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-10-2018

Being

Made by Ghada

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