



Date: 27.9.2018

Patient Name: Ali Bardan

File Number: 1000993

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/3/2006 Gender (الجنس): M / F

اسم المريض: .....  
الحالة الاجتماعية: (Marital Status):

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

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 054 4078934

E-MAIL: .....

How did you know about us: friend (instagram)

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	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؟	لا/نعم	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مستورببات أو مثبطات للمناعة؟	لا/نعم	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تتلقى من أي أمراض؟	لا/نعم	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب عضلة القلب صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/نعم	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) نقصيا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا/نعم	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا/نعم	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتلقى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا/نعم	لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا/نعم	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا/نعم	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تتلقى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تتلقى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم	لا
Other conditions HIV...etc هل تتلقى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحماق البسيط، etc	لا/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 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.

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

Date: ... / ... / .....

## نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح الطبيب بعلاج حادتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بأفضل الخدمات والأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفهم الطبيب المعالج واتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أفهم أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتوقع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية الخاصة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات والإجراءات الجراحية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالإقياب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم الأثني يجب علي مقبلاً مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم أن كافة العمليات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمته لي قد تضيء الملف الصحية و أفهم ان أي معلومات تطبق بطاقتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها من غير موافقتي.
- أفهم ان لدى المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه و كامل برادعي

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

على حسن

الطبعة: ... / ... / .....

## Patient Assessment

## Vital Signs الحيوية المؤشرات

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دم ضغط): /

Blood Type (دم فصيلة):

Blood Sugar (دم سكر):

## Chief Complaint شكاوى المريض للحياة

want zoom whitening

Disease History التاريخ المرضي: -

Allergies الحساسية: -

Medications الأدوية: -

Pregnancy الحمل: -

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، الخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تدخين العقاقير): Y / N

## General &amp; Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

## Examination الفحص

## Radiography الصور الشعاعية

## Diagnosis التشخيص

Staining

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQyMl

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File****Valid Signature?**

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

False  
 False  
 False  
 False  
 False  
 False

**Card Holder Information**

Name	Ali Hussain, Ali, Ahmed, Bardan	IDN:	784200184280830	Mother Name:	Khwla
Name (Ar)	علي حسين, علي احمد, بدران	Card Number:	085285880	Mother Name (Ar):	خوله
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301023907
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	11/09/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	11/09/2027	Date of Birth:	19/03/2001	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>

9/27/2018



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001329)

Date:27-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000993 - ALI BARDAN - 971544078934

The sum of Dhs. **Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **700.00** / By Credit Card **87.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 27-09-2018

Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**