



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1001158.....

Date: 10 / 11 / 2018

Date: 10 / 11 / 2018

Patient Name: Heera Nazal

File Number: 1001158

Date Of Birth: 19 / 7 / 1986

اسم المريض

Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية).....

Nationality: Jordan

Occupation: (الوظيفة).....

Address: Safah

Phone No. (رقم الهاتف): 544179317

E-MAIL: .....

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم تذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثية؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستروريدات أو مثبطات المناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبكات، السل، امراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين، أي مفع للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض السكر أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions: HIV...etc هل تتعاطى من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	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.

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تشخيصي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمرا مختلفا 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 الملاحظات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعيين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقترحة لي. كما أتفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة المخاطر و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات الروسع المطلوبة يجب أن تسند بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- 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 للطاقم الصحية و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفشاء عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

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

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

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن):	kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوع الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

Chief Complaint سبب زيارة المريض للمعيمة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings ملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp  
.....





REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Meera Mustafa, Muhammad Nazzal	IDN:	784198659203081	Mother Name:	
Name (Ar)	ميرا مصطفى محمد نزال	Card Number:	080078232	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		(Ar):	الأردن		
Issue Date:	21/09/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/09/2019	Date of Birth:	19/07/1986	Sponsor Name:	محمد احمد حسن نزال
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0131259643
Residency Type:	03	Residency Number:	30120163022836	Residency Expiry:	19/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

Meera

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

11/10/2018



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

400.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001662)

Date: 10-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001158 - MEERA NAZZAL - 971544119317

The sum of Dhs. **Four Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **400.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-11-2018

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

500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001673)

Date: 11-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001158 - MEERA NAZZAL - 971544119317

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 500.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-11-2018

Being

Made by Ghada

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





Dental Laboratory Order Form

No.: 291452 Date: 11/11/2018

Patient's Name: Meera Nazal

Case No.: 2 Hospital No.:

Work Description:

- Ceramic Fused to metal  
- crown for 4 teeth  
- shade A2

Structure:

o



RIGHT  
LEFT

Please indicate special markings for characterization.

Try By: Finish By:

Doctor: Dr. Dakis Fayoumi

Clinic:

Date: 10/11/2018

Dr. Dakis



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001697)

Date:13-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001158 - MEERA NAZZAL - 971544119317

The sum of Dhs. **One Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **100.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-11-2018

Being

Made by Ghada

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