



Abdelhak - 1001235

Date: 26/11/2018

File Number: 1001248

Patient Name: Wafiq Elias Machavski

إسم المريض

Date Of Birth: 15/01/1962 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: Syrian (الجنسية): Syrian

Phone No. (رقم الهاتف): 0564822353

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Husband

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	قطره	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الايدز، 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.

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

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل والخدمة الأفضل.
- أتفهم 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.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قمته لي قد تحدي الملف الصحية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و لي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تدخين العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Bahar

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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	Ghada,Elias,,Macharfji	IDN:	784196202587307	Mother Name:	
Name (Ar)	غدا الياس مشارفجي	Card Number:	081101255	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	04/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	28/11/2019	Date of Birth:	15/01/1962	Sponsor Name:	عبدالله ميشيل مغفر
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0180149383
Residency Type:	03	Residency Number:	20120163977723	Residency Expiry:	28/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

11/26/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001814

Date: 26-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001248 - GHADA MACHARKJI - 971564822353

The sum of Dhs. One Thousand Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,000.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR 7 UNITS VENEER NON REFUDABLE

Made by Ghada

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

EMIRATES ISLAMIC
Personal Banking

Personal Banking

Date ٢٠١٩-٤-١٥

Pay Against
This Cheque to

or Bearer

Dharams

٤٠٠٠

Signature

Handwritten signature

000037:903430250:7290463101
ZP4QD+OVRQK57B9WB6

EI SAHARA CENTER



ABDALLAH MICHEL SAFAR
A/C No. 3707290463101
AE25 0340 0037 0729 0463 101

Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Handwritten signature

See Balance
1954
04/05/2019
13/04/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001968)

Date:15-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001248 - GHADA MACHARKJI - 971564822353

The sum of Dhs. **Three Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **300.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 15-12-2018

Cheque No.

Being **AGAINST INVOICE NO:2986**Made by **FATEN**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

4,042.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001969)

Date:15-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001248 - GHADA MACHARKJI - 971564822353

The sum of Dhs. **Four Thousand Forty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,042.50** / By Cheque **2,000.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,000.00**Bank: Cheque No. **000037**Date: **15-12-2018**

Being

Made by **EATEW**

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

United Arab Emirates

الإمارات العربية المتحدة



Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية
784-1955-8138170-4



الإسم: عبدالله ميشيل سفر

Name: Abdallah Michel Safar

الجنسية: سوريا

Nationality: Syrian Arab Republic



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002027)

Date: 22-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001248 - GHADA MACHARKJI - 971564822353

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-12-2018

Being

Made by Ghada 

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

Orchid Medical Center	REC- 001969	15-Dec-18	INV- C003060	DR. DALIA (Dental)	1001248- GHADA MACHARKJI	0.00	1042.50	0.00	2000.00	15-Apr-19
-----------------------------	----------------	-----------	-----------------	-----------------------	--------------------------------	------	---------	------	---------	-----------

500 recd on 13.03.2019

balance is 1000/-

500 - 13-4-2019
(balance in 500)