



Date: 05/12/2018

File Number: 1001270

Patient Name: Fatima Nasir Abudi

إسم المريض:

Date Of Birth: 02/12/2001 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: U.A.E. Occupation:

Phone No. (رقم الهاتف): 0585221201

Address: Sharjah

How did you know about us: Family

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 حديثاً؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	NO	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	NO	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions HIV, HSV, etc...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	NO	



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 و المرغول،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصر 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 تأمين لتتأخر العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة الجراحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمتة لدي فتحتي الملف 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 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Have braces from other Clinic

Disease History التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية:	
Medications الأدوية:	
Pregnancy الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، إدخال المستشفى:	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Class I Type I Mandibular

Treatment Plan خطة العلاج

1/0. Braces m PL arch
Mild crowding - lower anterior
Mild deep bite, Mild proclination

Advice → 400 per visit
6 to 8 Months
retainer charge Eptax.

Today → 070025 Upper NiTi ligature
next two Rcs
014 NiTi lower - MV IPR.
2 bracket position

400 AD to pay

Doctor's Signature and Stamp

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
1/12/2018	076x022 upper N.I.F; - 019 lower	400		
24/3/2019	017x025 upper N.I.F, 014 lower N.I.F; SS Ligation for rotation to NV- Loop for 2 1/2 future for IPR & upper and. Indusion	400		
24/6/2019	076x022 RCS upper with RC	400		
26/9/2019	016x016 RCS upper after Reposition of 2 1/2 bracket for Brk opay 2 leveling	400		
6/12/2019	IPR in 3 1/2-3 & RC for Protraction	400		
25/1/2020	upper and. retraction last time, Next V.Visit lower Debanding	400		
24/2/2020	upper retraction	300		
2/3/2020	lower debanding done, FSR banding	350		

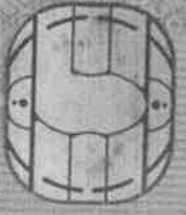
[Handwritten Signature]

United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية



Identity Card



ID Number / رقم الهوية /
784-2001-4615268-9



الإسم: فاطمة ناصر حمدان ناصر

Name: Fatima Nasir Hamdan Nasir Abudi

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة
Nationality: United Arab Emirates



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

400.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001864)

Date:01-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201

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

By Cash 400.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-12-2018

Being

Faten

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

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003061)

Date:24-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 420.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-03-2019

Being BRACES FOLLOW UP + VAT

Made by Hiba

- 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 : 1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004169)

Date: 24-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 420.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-06-2019

Being BRACES FOLLOW UP + 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 : 1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005215)

Date:26-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201

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

By Cash 420.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-09-2019

Being BRACES FOLLOW UP + 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 : 1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006363)

Date:06-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201**

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **06-12-2019**

Being **bracing follow up + vat**

Made by **Reem**

- 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 : **1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007253)

Date:25-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201**

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **420.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **25-01-2020**

Being **1 SESSION FOLLOW UP + 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 : **1001270 - FATIMA ABUDI - 971585221201**

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