



Date: 17/12/2018

File Number: 1001330

Patient Name: Sheref Hendawy

إسم المريض

Date Of Birth: 21/2/1975 Gender: (M) / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية): Egypt

Phone No. (رقم الهاتف): 0501187733

Address (العنوان): Sharga

How did you know about us: Google

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	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؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر 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 الثورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 HIV...etc هل تعاني 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.

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

Date: ... / ... /

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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو الجراحية 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 والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ابرك 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 العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الإقترام من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قبلته لدي قضي الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتناق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل اراضي

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

التاريخ: ١٨/١٠/٢٠١٨

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 (نوعية الدم):	
		Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

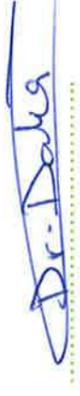
التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Dr. Doha", is written over a horizontal dotted line. Below the signature is a rectangular stamp area, also defined by dotted lines, which is currently blank.

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Sherif Hendawy,***Ahmed Hendawy	IDN:	784197503617900	Mother Name:	Laila
Name (Ar)	شريف هنداري,***احمد هنداري	Card Number:	082229755	Mother Name (Ar):	ليلى
Title		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	22/02/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	20/02/2019	Date of Birth:	21/02/1975	Sponsor Name:	اسكان لاداره الشاربع
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	02010013636494
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172097007	Residency Expiry:	20/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	1231	Occupation Field:	

Photo



Signature Image

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

12/18/2018



مركز اوركيڤيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001998

Date: 18-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001330 - SHERIF HENDAWY - 971501187733

The sum of Dhs. Two Hundred Fifty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 250.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE PAYMENT FOR RCT - TOTAL AMT 450 - NON-REFUNDABLE

Paid by FATEN

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

450.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002223)

Date: 07-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001330 - SHERIF HENDAWY - 971501187733

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 250.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-01-2019

Being

Made by Ghada

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: **15 JAN 2019**

Cert No: **OMC1/2019/1020**

Patient's Name: SHEIRF HENDAWY	File Number: 1001330
Age: 44	Sex: MALE

Unfitness

This is to certify that the above patient visited MEDICAL CLINIC on **15/JAN/2019**

The patient is unfit to work from **16/JAN/2019** until **16/JAN/2019**.

Diagnosis: ACUTE PULPAL PAIN IN TOOTH NO 5 .

Comments:

Doctor's Name: Dr. DALIA EL FAYOUMI	License Number: D40359	
Signature : 	Stamp : <table border="1"><tr><td>د. داليا الفيومي Dr. Dalia Elfayoumi ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D40359 MOH License No.: D40359 مركز اوركيد الطبي Orchid Medical Centre</td></tr></table>	د. داليا الفيومي Dr. Dalia Elfayoumi ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D40359 MOH License No.: D40359 مركز اوركيد الطبي Orchid Medical Centre
د. داليا الفيومي Dr. Dalia Elfayoumi ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D40359 MOH License No.: D40359 مركز اوركيد الطبي Orchid Medical Centre		

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 ادارة منطقة الشارقة الطبية اي مسؤولية من محتويات هذا التقرير (اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية)

Sharjah – cornich alkhan – alkhan palace 201 – near petrofac
Phone : +971 6 555 8337 mobile : +971 50 603 7996



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002334)

Date:15-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001330 - SHERIF HENDAWY - 971501187733

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: Cheque No.

Date: 15-01-2019

Being AGAINST INVOICE NO: 3379

Made by Ghada

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