مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 26 / 1 / 2019 File Number: 1001521

Patient Name: Amel Mohamed إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : ... / ... / ..... Gender (الجنس) : M / (F) Marital Status:(الحالة الاجتماعية) .....

Nationality (الجنسية): Djibouti Occupation (الوظيفة) : .....

Address (العنوان) : Sharjah Phone No. (رقم الهاتف): 0501669070

E-MAIL: ..... How did you know about us: Google

Medical History التاريخ الطبي

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

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: 26 / 1 / 19

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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

اقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والاجراءات العلاجية و الجراحية.
و ادرك ان بعض الاجراءات 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 الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحي للملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Wants to remove braces, clean & Veneers.

Disease History :التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N Alcohol (تعاطي الكحول) : Y / N Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Have upper lower braces & Bands
& much Calculus.

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

مركز اوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

PATIENT NAME: **FILE NO#:**

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
26/1/2019	Consultation for veneers.			Dr. Dalia
2/2/2019	Debonding U/L. Tt Charge - 500 appointment given for debonding.			
5/2/2019 →	Upper Lower → Debonding done. Cleaning & Composite Removal done.	Rs Pay 500		
5/2/2019	Impression (primary) For upper & Lower arches. (16 veneers) x ? (BL2)			Dr. Dalia
7/2/2019	= preparation of 16 tooth veneers + Impression + bite (BL2) have been choosen			Dr. Dalia
14/2/2019 →	- veneer try in (big veneers and bulky) color too much white			Dr. Dalia

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Amel,Hassan,,,Mohamed	**IDN:**	784197858571488	**Mother Name:**	
Name (Ar)	امل,حسن,,,محمد	**Card Number:**	079165104	**Mother Name (Ar):**	
Title:		**Nationality:**	DJI	**Family ID:**	
Title(Ar):		**Nationality (Ar):**	جيبوتي		
Issue Date:	12/07/2016	**Sex:**	F	**Sponsor Type:**	08
Expiry Date:	19/06/2019	**Date of Birth:**	17/08/1978	**Sponsor Name:**	دبى العالميه
Marital Status:	02	**Husband IDN:**		**Sponsor Number:**	00
Residency Type:	07	**Residency Number:**	20120047004652	**Residency Expiry:**	19/06/2019
ID Type:	IL	**Occupation:**	96	**Occupation Field:**	00

Photo

Signature Image

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

500.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-002542)** **Date:05-02-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001521 - AMEL MOHAMED - 971506321115**

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: **05-02-2019**

Being **BRACES SCALING & POLISHING**

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

11,592.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-002541)** **Date:05-02-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001521 - AMEL MOHAMED - 971506321115**

The sum of Dhs. **Eleven Thousand Five Hundred Ninety-Two Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,592.00** / By Cheque **9,000.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. **500016-500017-5** Date: **05-02-2019**

Being

Made by **Ghada**

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

500016

ADIB مصرف أبوظبي الإسلامي

Ajman Branch

Date 30/03/2019

Pay against this cheque to or the bearer: Orchid Medical Center

Dirhams Three Thousand Only

درهم AED 3000/-

FATIMA HASSAN MOHAMED

Signature التوقيع

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈ 500016 ⑆ 705040116 ⑆ 00142828 27 ⑈

PAID

Rtwd

500017

ADIB مصرف أبوظبي الإسلامي

Ajman Branch

Date 30/04/2019 التاريخ

Pay against this cheque to or the bearer: Orchid Medical Center

Dirhams Three Thousand Only

درهم AED 3000/-

FATIMA HASSAN MOHAMED

Signature التوقيع

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈ 500017 ⑆ 705040116 ⑆ 00142828 27 ⑈

PAID

2660+1000

Rtwd in Bank

500018

ADIB مصرف أبوظبي الإسلامي

Ajman Branch

Date 30/05/2019 التاريخ

Pay against this cheque to or the bearer: Orchid Medical Center

25/06/2019

Dirhams Three Thousand Only

درهم AED 3000/-

FATIMA HASSAN MOHAMED

Signature التوقيع

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈ 500018 ⑆ 705040116 ⑆ 00142828 27 ⑈

PHOENIX

Oreder No : 5558

ORDER FORM

Doctor Name : Dalia

Clinic Name : CMC

Patient Name : Amal

Age : 42 Gender : ☐ Male ☑ Female

Date : 7/2/2019

Received Date :

Delivery Date :

Others :

Doctors Note:

- 16 teeth

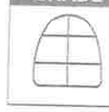
Veneers

(8) upper +

(8) Lower.

- Shade BL2

SHADE



Shade : Dr. Dalia

Taken By : ☐ Doctor ☐ Lab

PONTIC DESIGN:

A B C D E

ZIRCONIA & ALL - CERAMICS	PORCELAIN FUSED TO METAL	REMOVABLE DENTURE	ORTHODENTIC SERVICES
Emax/Cream CAD/CAM			Quadhelix
Portfolio Ambondi			Hyrax
(Full Anatomy)			TPA - Lingual Arch
Empress I/ E-max			Nance/Hyp-Space Maintainer
Lumineer			Hawley Retainer
Veneers			Schwartz I & II
Inlay / Onlay			Frankel II & III
Zeramic Post and Core			Pendulum
			PR Wire

AL ANQA DENTAL LABORATORY LLC.
Al Mahatah, Al Qasimiya, Behind Commercial Bank of Dubai, Sharjah - U.A.E.
P.O.Box : 29406, Mobile : 0522298562, 0522298502
E-mail : phoenixdentallab2016@gmail.com

WARRANTY CARD

AL ANQA DENTAL LABORATORY LLC.
Al Mahatah,AlQuasimiya,Sharjha,UAE,
Po Box 29406,Mob 0522298562,0522298502
Email ; phoenixdentallab.2016@gmail.com

DOCTOR:DALIA **DATE:11.02.2019**
CLINIC:ORCHID MEDICAL CENTRE

AL ANQA DENTAL LABORATORY hereby warrant that the veneers made to AMAL are covered under our life time warranty scheme of 5 years from date of production.

Dental laboratory will replace or repair and replace comparable restoration at no charge if the restoration breaks, crack with the use, however our warranty apply to normal wear and tear or in the event restoration damage. the result of misuse abuse and neglect ,accident, improper cleaning and improper application

This warranty letter must be presented in order to avail service under this warranty

AL ANQA DENTAL LABORATORY

مختبر العنقاء للأسنان ش.ذ.م.م
P.O. Box: 29406
Sharjah - U.A.E
AL ANQA DENTAL LABORATORY L.L.C

أنا السيدة / امل حسن محمد

لقد استملت أصل الشيك يوم الخميس 27/06/2019

المشرق
mashreq

ORCHID MEDICAL CTR

AL KHAN PALACE TOWER
SHARJAH U.A.E.

POS ID: 10095854 STORE: TERM:
MID 001000027969
DATE : 27/06/19 TIME : 18:33:46
PURCHASE
MASTER (I) EXP ********
5399 99** ******** 9877**
PAN SEQ NO : 000
MOHAMED/AMEL
BATCH: 169 RECEIPT NO : 1691

AMOUNT AED 3000.00

PLEASE DEBIT MY ACCOUNT

PIN ENTERED AND SIGN NOT REQUIRED

APPROVAL CODE 929774

AID : A0000000041010
APP NAME : Debit MasterCard
PRE.NAME : Debit MasterCard
TVR : 0000048000
TSI : E800
AC INFO : 40
AC : 56B853EEF48434CF

THANK YOU
COME AGAIN
< MERCHANT COPY >

25-6-19

500018

ADIB مصرف أبوظبي الإسلامي

Date 30/05/2019

Ajman Branch

Pay against this cheque to or the bearer: Orchid Medical Center

Dirhams Three Thousand Only —

~~AED~~ 3000/—

FATIMA HASSAN MOHAMED

Signature

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈ 500018⑈ ⑆705040116⑆ 00 14 28 28 27⑈

المشرق
mashreq

ORCHID MEDICAL CTR

AL KHAN PALACE TOWER
SHARJAH U.A.E.

POS ID: 10095854 STORE: TERM:
MID 001000027969
DATE : 01/06/19 TIME : 12:46:37
PURCHASE
MASTER (I) EXP ********
5399 99* ****** 9877**
PAN SEQ NO : 000
MOHAMED/AMEL
BATCH: 149 RECEIPT NO : 1484

AMOUNT AED 1000.00

PLEASE DEBIT MY ACCOUNT

PIN ENTERED AND SIGN NOT REQUIRED

APPROVAL CODE 528552

AID : A0000000041010
APP NAME : Debit MasterCard
PRE.NAME : Debit MasterCard
TVR : 0000048000
TSI : E800
AC INFO : 40
AC : 2232129A67F45A64

THANK YOU
COME AGAIN
< MERCHANT COPY >

أنا السيدة / أمل حسن محمد

لقد استلمت أصل الشيك برقم ٠٠١٨٥٠١

فاطمة

1/6/2019

500017

ADIB مصرف أبوظبي الإسلامي

Ajman Branch

Date التاريخ 30/04/2019

Pay against this cheque to or the bearer: Orchid Medical Center

Dirhams Three Thousand Only

درهم AED 3000/—

FATIMA HASSAN MOHAMED

Signature التوقيع

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈ 500017⑈ ⑆705040116⑆ ⑈00 14 28 28 27⑈