



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: ١٠/٢٠١٩
Patient Name: Majid Al Mahmod
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24/1/1999 Gender: (M) F
Nationality (الجنسية): ١٩٠٢ Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
E-MAIL: Google

File Number: ١٥٥١٥٦٤

إسم المريض:

Marital Status:(الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): ٩5٥٨677112

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	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 تعاليت 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 (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV ...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

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

أفوض الطبيب المعالج بالتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التحليلية المقدمة لي، كما أتعلم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتعلم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتعلم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قيمته لدى نفسي الملف صحيحة. و أتعلم أن 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: ... / ... /

Vital Signs المؤشرات الحيوية			
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

Space.

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

3042 male pt

الفحص Examination

Space 2-2 mm distal to 3/3

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Class 2 Type I Bimaxillary protrusion
both space more in lower arch than
upper And history of tongue thrusting

Treatment Plan خطة العلاج

TE plan 8-10 months of Braces then retainers

TE Cost = 3500 (1000 Down Pay) + Retainer charge Extra (1000.00)
Appointment given for Bonding & Impression

[Signature]

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Majid,Abdulla,Abdulqader,,Almahmoud	IDN:	784199965982517	Mother Name:	Fatima
Name (Ar)	ماجد,عبدالله,عبدالقادر,المحمود	Card Number:	084580929	Mother Name (Ar):	فاطمة
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	202017453
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	26/07/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	26/07/2022	Date of Birth:	24/01/1999	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/4/2019



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002538)

Date:05-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001564 - MAJID AL MAHMOUD - 971508677112

The sum of Dhs. **One Thousand Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,000.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **05-02-2019**

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

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003075)

Date:26-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001564 - MAJID AL MAHMOUD - 971508677112

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: 26-03-2019

Being FOLLOW UP BRACES + 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 : 1001564 - MAJID AL MAHMOUD - 971508677112

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005801)

Date:02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001564 - MAJID AL MAHMOUD - 971508677112

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Filis Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-11-2019

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 : 1001564 - MAJID AL MAHMOUD - 971508677112

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