



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 6 / 2 / 2019 File Number: 1001571  
Patient Name: Khaled Abdel Hakim  
Date Of Birth: 29 / 10 / 1999 Gender: (M) / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)  
Nationality: Egypt Occupation: (الوظيفة)  
Address: Sharjah  
E-MAIL: How did you know about us: Reami

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	✓
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	تكميل
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي ميوغيت للدم؟	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	✓
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HIV, HSV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	



### 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 ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم 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 باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتأجيل العلاج 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 الي مضاعفات كالتهاب 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 قدمت لي قضي الملف صحياً، و أتفهم ان أي 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 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  
Pulse (النبض): ppm  
Height (الطول): cm  
Blood Pressure (الضغط الدم): /  
Blood Type (نوعية الدم):  
Blood Sugar (سكر الدم):

## Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

## Disease History التاريخ المرضي:

## Allergies الحساسيات

## Medications الأدوية

## Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

## General &amp; Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

## Examination الفحص

## Radiography الصور الشعاعية

## Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
6/2/2019	- RCT For 5/ tooth + T.F	(total 450) 250		Dr. Dabir
		31		
		290		
	(Advance 250)	250		
7/2/2019	Scaling & polishing	150		Dr. Dabir
		100	Balance 150	
		31	500	
			450	
9/2/2019	2 composite fillings	300		Dr. Dabir
	L6 + 41	250	Balance 100	
		31		
10/2/2019	2 composite fillings - 11 + 11 one surface each	300		Dr. Dabir
	one			

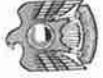
13/2/2019

obturation of 51

200

Dr. Dabir

United Arab Emirates  
بطاقة هوية مقِيم  
الإمارات العربية المتحدة



Resident Identity Card



ID Number / رقم الهوية /  
784-1990-6398390-4



الإسم: خالد محمد نور الدين احمد  
عبدالحكيم

Name: Khaled Mohamed Nooreldin Ahmed  
Abdeihakim

الجنسية: مصر

Nationality: Egypt

Sex: M نكر

Date of Birth 29/10/1990 تاريخ الولادة

Signature / التوقيع

Expiry Date / تاريخ الإنتهاء /  
31/07/2020 Card Number / رقم البطاقة /  
090310556

154445/01

0D8000F7074F1376

تمت الطباعة على بطاقة الهوية الإماراتية  
إذا وجدتم هذه البطاقة، يرجى إعادتها إلى أقرب  
مركز شرطة أو إعادتها إلى أقرب محطة  
شرطة أو إلى أقرب محطة شرطة.

ILARE0903105567784199063983904  
9010299M2007313EGY<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<8  
ABDELHAKIM<<KHALED<MOHAMED<N00



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002556)

Date:06-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 06-02-2019

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002557

Date: 06-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053**The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty Only**By Cash **250.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR DENTAL TREATMENT - NON REFUNDABLE**Made by **Ghada**

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





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002578)

Date:07-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 100.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-02-2019

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-002579


RECEIPT VOUCHER

AED 500.00

Date: 07-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053**The sum of Dhs. **Five Hundred Only**By Cash **500.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Being **ADVANCE FOR DENTAL TREATMENT - NON REFUNDABLE**Made by **Ghada** 

Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002606)

Date:10-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053

The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **250.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: 10-02-2019

Being **ALLOCATED**Made by **Ghada**

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002607)

Date: 10-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 300.00

Bank:           Cheque No.

Date: 10-02-2019

Being **BAL 100 ADV WITH US**Made by **Ghada**

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002648)

Date: 13-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053

The sum of Dhs. **Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **100.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **100.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-02-2019

Being

Made by **Rana**

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003030)

Date:20-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053

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

By Cash **450.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-03-2019

Being **EXTRACTION OF WISDOM TOOTH NO 8**

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 : 1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,000.00

No: REC-007932

RECEIPT VOUCHER

Date: 01-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053**The sum of Dhs. **Five Thousand Only**By Cash **5,000.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ing advance for 6 rct 2400 + 10 zircon crown 9000 + vat balance 6850

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

Tel: +9716555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

03/03/2020  
Rana  
Khaled

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	Khaled,Mohamed,Nooneidin,Ahmed,Abdelhakim	IDN:	784199063983904	Mother Name:	
Name (Ar)	خالد محمد نور الدين احمد عبد الحكيم	Card Number:	090310556	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	02/08/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	31/07/2020	Date of Birth:	29/10/1990	Sponsor Name:	صينيه نادر
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120182068564	Residency Expiry:	31/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	2411	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/18/2020





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008214)

Date:20-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053

The sum of Dhs. Five Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 5,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-03-2020

Being 6 rct \*400 + 10 zircon crown \*900 + vat rest paid by 2 chqs dated on 20-4-2020 amt 3425 dubai islamic bank + chq dated on 20-5-2020 amt 3425 dubai islamic bank

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 : 1001571 - KHALED ABDELHAKIM - 971521766053

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



بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank

CHEQUE

AL TAAWUN MALL BRANCH **التعاون مول**

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer **Orchid medical center**

**Orchid medical center**

Dirhams

**Three thousand four hundred**  
**twenty five dirhams only**

**KHALED MOHAMED NOORELDIN AHMED ABDELHAKIM**

**A/C # 034-520-0430304-01**

Cheque No. Account No.

Date **20/04/2020**

أعطوا بموجب هذا الشيك الأمر  
أو لحسابه

رقم الشيك **# 3425 #**

التوقيع

Do not write below this space

⑈ 100005 50 24 30 1 3 4 1 ⑈ 004 303040 ⑈



بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank

CHEQUE

AL TAAWUN MALL BRANCH **التعاون مول**

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer **Orchid medical center**

**Orchid medical center**

Dirhams

**Three thousand four hundred**  
**twenty five dirhams only**

**KHALED MOHAMED NOORELDIN AHMED ABDELHAKIM**

**A/C # 034-520-0430304-01**

Cheque No. Account No.

Date **20/05/2020**

أعطوا بموجب هذا الشيك الأمر  
أو لحسابه

رقم الشيك **# 3425 #**

التوقيع

Do not write below this space

⑈ 100006 50 24 30 1 3 4 1 ⑈ 004 303040 ⑈