



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 9.12.2019 File Number: 1501589  
Patient Name: Ahlam H. Hameed Patient Name: Ahlam H. Hameed  
Date Of Birth: 06/08/1982 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single  
Nationality: American Occupation: Manager  
Address: Samia Al-Bahar Dubai Phone No. (رقم الهاتف): 052369988469  
E-MAIL: a.halam.hameed@orchid.med.ae How did you know about us: Search

التاريخ الطبي Medical History		
اللحة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes	Relper for Nigroine
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes	Gluten
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى 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 الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر 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 تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعطين 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 تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HIV, ...etc فيروس الايدز، 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: ٢٩ / ١٠ / ٢٠١٩

### 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 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم 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 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي قد بقيت للعلف صحية. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها بدون 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: ... / ... / .....

المتابعة والتقييم للمريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

lower teeth not in align

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

64 is Missing + labially end of arch  
Class I Molar  
Edge to edge bite

## Treatment Plan خطة العلاج

9.9.2019

class I Maloc, Missing 7, Crown at 156  
with mild crowdy ant

Prominent Bimaxillary

Upper Anterior little Retroclined

Tc option Metal braces 3500 + 1000

Ceramic 8000

Lingual 12000

Invisalign 16000. (in 4 parts).

time 8-10 Months



Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Ahlam,,,Himadouch	IDN:	784198280387618	Mother Name:	
Name (Ar)	احلام,,,حمودش	Card Number:	091508578	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	USA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الولايات المتحدة		
Issue Date:	30/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	27/10/2020	Date of Birth:	08/01/1982	Sponsor Name:	كوبنك للتجارة العامة ش ذ م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182554160	Residency Expiry:	27/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	1233	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

2/9/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002598)

Date:09-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001589 - Ahlam hmadouch - 971569908469

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-02-2019

Being

Made by Ghada

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