



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 16/2/19

Date: 16/2/2019

File Number: 1001619.....

Patient Name: B. Fahim Alwan Alwan.....

اسم المريض: .....

Date Of Birth: ... / ... / ..... Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single.....

Nationality (الجنسية): Saudi.....

Occupation (الوظيفة): Teacher.....

Address (العنوان): Al-Khaima, Al-Khaima, Al-Khaima.....

Phone No. (رقم الهاتف): 0566515928.....

E-MAIL: l.h.t.a.l.e.26@gmail.com.....

How did you know about us: .....

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 حديثة؟	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 أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض 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: 16 / 2 / 2019

### 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 يتكشف 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 لتتبع العلاجات 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 والإجراءات 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 الذي قدمت لي قد بقي الملف صحيحة و اتفهم ان 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 دون السن القانونية):

التاريخ: 16 / 2 / 2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**خطة العلاج Treatment Plan**

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
16/2/2018	Consultation For ??? orthodontics.			Dr. Dahiya
28/2/2018	Composite Filling one Surface For 6 + 7 + 6 teeth Total	150 150 150 450		Dr. Dahiya
3/2/2019	4 composite fillings. one surface each one	600		Dr. Dahiya
6/2/2019	2 composite fillings. one surface each. 6 has * tooth NO been filled with composite on date 28/2/2018 / but since 2 days she is feeling discomfort in that tooth on x-ray a proximal caries at the neck of the crown has reached the chamber → emergency done / partial access cavity + Formacresol application + T.F	300		Dr. Dahiya
			→ Not paid	





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Dietary Consultation

تدريج استشارة غذائية

Dietary consultation involves a health profile. The purpose of the health profile is not to establish a diagnosis, but rather to determine a client's health status in order to guide his/her weight control plan. A client may be advised to seek medical advice based on his/her health profile.

Date: ... / ... / ..... File Number: .....

Patient Name: ..... اسم المريض: .....

Current Weight (الوزن الحالي) : ..... Weight 1 year ago (الوزن السنة الماضية) : .....

Minimum Adult Weight (أقل وزن) : ..... Age: ..... Maximum Adult Weight (أعلى وزن) : ..... Age: .....

Do You Exercise (هل تقوم بالتمارين الرياضية) : Yes / No Exercise Type (نوع التمرين) : ..... How Often (كم مرقة) : .....

Have You Been on a diet before? Yes / No هل انتظمت سابقا بأي حمية غذائية؟ نعم / لا

If yes, please specify which diet(s) and why you think it didn't work for you?

إذا كانت الاجابة نعم ، لماذا تعتقد ان تلك الحمية لم تكن مناسبة لك؟

.....  
.....  
.....

On a scale of 1 to 10, indicate the level of importance you give to losing weight with professionally supervised weight loss method

بقياس ١ الى ١٠ ، حدد درجة اهمية فقدانك للوزن تحت اشراف المتخصصين

Least Importance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 More Importance

How Many Children Do You Have? ..... كم عدد اطفالك؟

Who does the most cooking at home? ..... من يقوم بطهي الطعام غالبا في المنزل؟

On Average how many hours do you sleep per night? ..... ما هو معدل ساعات نومك ليلا؟

**Eating Habits العادات الغذائية**

**الطُور**  
**Breakfast**

Do You Have Breakfast Every Morning?  Yes  Sometimes  No  Never

Approximate time: .....

Details:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Do You Have a Snack Before Lunch?  Yes  Sometimes  No  Never

Approximate time: .....

Details:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**الغداء**  
**Lunch**

Do You Have Lunch Every Morning?  Yes  Sometimes  No  Never

Approximate time: .....

Details:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Do You Have a Snack Before dinner?  Yes  Sometimes  No  Never

Approximate time: .....

Details:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**العشاء**  
**Dinner**

Do You Have Lunch Every Morning?  Yes  Sometimes  No  Never

Approximate time: .....

Details:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Do You Have a Snack Before dinner?  Yes  Sometimes  No  Never

Approximate time: .....

Details:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



### Consent Form For Nutritionist Weight loss Method

I confirm that the information that I have provided and that is recorded by me on this health profile is true, complete and accurate and that I have not withheld or otherwise omitted. weather in whole or in part, any information concerning my health status. in this respect, I confirm that I have disclosed all past and present physical/ or mental health problems or concerns that I have experienced, diagnosis and/or surgeries that I have had, medications and supplements that were prescribed to me or that I have taken.

Without limitation to the foregoing I specifically confirm that I do not have the conditions and that I am not taking any medications. Furthermore, I understand that I should not be undertaking or otherwise following the weight loss method if I have any of the said conditions or if I am currently taking any of the said medications unless I specifically consult with a medical doctor while I am on weight loss method, and provide documentation confirming the foregoing.

I understand that if I have any of the aforementioned conditions or if I am currently taking any of the aforementioned medication, or I have not disclosed same to the center and nevertheless chose to go on professional weight loss method without specific supervision, such decision will be completely voluntary, and I release and discharge the center as the laboratories or any employee from any and all damages, liabilities, claims and causes of action of any nature whatsoever that may result from such voluntary decision.

I confirm that the Nutritionist has explained to me that I have had the opportunity to ask questions relating to the weight control method, and that I have been provided with the answers to such questions and that I understand the importance of strictly following the weight control method as explained to me verbally and in the materials provided to me, both before and during the weight control method

without limitation to the foregoing, I confirm that I have been advised that because the weight control method limits the ingestion of certain goods, it is important that I consume the recommended vitamins and minerals while I'm on the weight control method.

I undertake to disclose immediately to the center and nutritionist all the changes in my health status, discomfort, symptoms or other health concerns that I may experience while I am on the weight control method.

### نموذج اقرار للتحكم بالوزن تحت اشراف اخصائي تغذية

أقر أن كافة المعلومات التي قمت بالإدلاء بها في ملفي الطبي صحيحة و كاملة و دقيقة و أنني لم أخف أي معلومات تتعلق بصحتي أو عاداتي الغذائية جزئياً أو كلياً. و أقر أنني قد قدمت كافة المعلومات المتعلقة بصحتي الجسمية و النفسية و أي حالة مرضية كنت قد مررت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الأدوية و المكملات التي قد وصفت لي أو أقوم بتناولها حالياً.

و أقر أنه ليس لدي أي حالات مرضية من التي سبق ذكرها في ملفي الطبي لا تناول أي أدوية عدا عن التي أوصفت عنها في الملف الطبي و أتعهد أنني لا يجب ان اتعاطى أي أدوية خلال أو بعد اتباعي لطريقة التحكم بالوزن تحت اشراف الأخصائي دون استشارة طبيب و دون اعلامي لأخصائي التغذية بهذه الأدوية أو المكملات و ابراز الوثائق الرسمية التي تدل على ذلك.

أتعهد أن تعاطي أي أدوية دون اعلامي لأخصائي التغذية أو خضوعي لطرق تحكم الوزن دون اعلامي للأخصائي و دون اشراف المختصين هو قرار شخصي و اختياري. و أعفي الأخصائي و الطبيب و المركز و أي من موظفيه من تبعات هذا القرار و لا يحق لي المطالبة بأي تعويض عن الإضرار الناتجة عن هذا القرار الاختياري.

أقر أن اخصائية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة لطرح أي أسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و أنه قد تمت اجابة كافة استناتي بشكل كاف و كامل. و أنني أتعهد اهمية اتباعي لطريقة التحكم بالوزن بدقة كما تم شرحها لي شفويا و من خلال المواد المكتوبة التي تم تزويدي بها و الالتزام بكافة التعليمات قبل و بعد اتباعي لطرق التحكم بالوزن.

بالإضافة الى ما سبق أقر أنه قد تم اعلامي أنه بسبب اتباعي لطريقة التحكم بالوزن فإنه يجب تناول بعض الفيتامينات و المعادن و المكملات الغذائية و أنه يجب الالتزام بتناول هذه المكملات بينما اتبع وسيلة التحكم بالوزن.

اتعهد باخبار المركز و اخصائية التغذية فوراً عن أي تغييرات في حالتني الصحية او أي ضيق او اعراض او أي مشاكل صحية قد يتعرض لها بينما اخصع لوسيلة التحكم بالوزن.



REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQxO\*

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	Batoul, Ghazi,,,Al Masri	IDN:	784199253940383	Mother Name:	
Name (Ar)	بتول غازی,,,المصري	Card Number:	090749849	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	09/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	07/09/2019	Date of Birth:	01/01/1992	Sponsor Name:	سمير غازی المصري
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0106594295
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183345773	Residency Expiry:	07/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

2/16/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

450.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002800)

Date: 28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001619 - BATOOL AL MASRI - 971566515928

The sum of Dhs. **Four 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 **450.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: 28-02-2019

Being **composit filling for 3 tooth**Made by **Rana**

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

600.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002823)

Date:02-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001619 - BATOOL AL MASRI - 971566515928

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

By Cash **600.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-03-2019

Being **4 COMPOSITE FILLING ONE SURFACE**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

300.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002885)

Date: 06-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001619 - BATOOL AL MASRI - 971566515928

The sum of Dhs. **Three Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **300.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **06-03-2019**Being **2 COMPOSITE FILLINGS 1 SURFACE EACH**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 200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002940)

Date:11-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001619 - BATOOL AL MASRI - 971566515928

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 11-03-2019

Being **RCT TREATMENT**

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 : 1001619 - BATOOL AL MASRI - 971566515928

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 100.00

No: REC-003040

RECEIPT VOUCHER

Date: 21-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001619 - BATOOL AL MASRI - 971566515928**

The sum of Dhs. **One Hundred Only**

By Cash **100.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

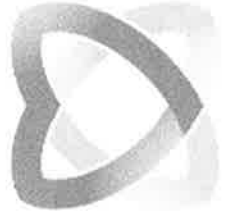
Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR RCT TREATMENT**

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



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003101

Date: 27-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001619 - BATOOL AL MASRI - 971566515928

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Only**By Cash **150.00** / 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:

Beir- **ADVANCE FOR RCT FILLING FOR 3 CANAL**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 : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**