



File No: 1001632

Date: 19/12/2019

Date: 19/12/2019

File Number: 1001632

Patient Name: Fatima Ibrahim

اسم المريض: فاطمة إبراهيم

Date Of Birth: ... / ... / ...

M / F

Marital Status: ...

Nationality: U.A.E.

Phone No. (رقم الهاتف): 55540414324

Address (العنوان):

How did you know about us:

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



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 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 تأمين لنتائج 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 الجراحية 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي في فتحي الملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكافية 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ١٩/٠٩/٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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 (تعاقي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

- She came to finish treatments before orthodontic treatment
- ① - Need to do RCT For 5] tooth
 - ② - Composite Filling For 4] tooth.
 - ③ - Zirconia crown. For 5] after RCT treatment.
 - ④ - Needs Zirconia crown for 4] tooth.
 - ⑤ - after that need to do orthodontic treatment.

Doctor's Signature and Stamp



Dr. Doha

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<u>19/2/2019</u>	RCT For <u>5</u> tooth T. F Filling	250		<u>Dr. Datta</u>
<u>24/2/2019</u>	- RCT obturation <u>5</u> tooth and final filling - composite filling for <u>4</u> one surface Total <u>350</u>	200 150 <u>350</u>		<u>Dr. Datta</u> <u>Dr. Datta</u>
<u>27/2/2019</u>	- preparation of tooth No <u>5</u> For Zirconia / A1 shade		<u>1000</u>	<u>Dr. Datta</u>
<u>28/2/2019</u>	- preparation of <u>4</u> tooth for Zirconia + Impression A1 shade	<u>1000</u>		<u>Dr. Datta</u>
<u>4/3/2019</u>	- Cementation of <u>4</u> + <u>5</u> Zirconium crowns.			<u>Dr. Datta</u>



Dental Laboratory Order Form

No. 291458 Date:

Patient's Name Fatimah

Case No. Hospital No.

Work Description:

- Zirconium crown | 4 tooth
- shade A1

Shafter:



RIGHT LEFT

د. داليا عيسى
Dr. Dalia Elfayoumi
ممارس عام، طبيب الأسنان عام
G.P. General Dentist
ترخيص رقم: 040389
MOH License No. 040389
Orchid Medical Centre
Please inform your organization

Try By: Finish By:

Doctor: Dalia Fayoumi

Clinic: Orchid .M.C

Date: 28/2/2019

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	Fatima,Ibrahim,Mohamed,Amen,Alblooshi	IDN:	784199310919859	Mother Name:	Aishah, Ali
Name (Ar)	فاطمة ابراهيم محمد امين البلوشي	Card Number:	090746912	Mother Name (Ar):	عائشة علي
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	305007453
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	09/09/2018	Date of Birth:	14/03/1993	Sponsor Name:	
Expiry Date:	09/09/2023	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	11	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				

Photo



Signature Image

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

2/19/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002692)

Date:19-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001632 - FATIMA IBRAHIM - 971554044334

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: 19-02-2019

Being Root Canal Treatment One Canal

Made by Hiba

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

350.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002741)

Date:24-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001632 - FATIMA IBRAHIM - 971554044334

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

By Cash 350.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-02-2019

Being

Made by Hiba

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



Dental Laboratory Order Form

No. 291457 Date: 27/2/19

Patient's Name Fatimah

Case No. Hospital No.

Work Description:

- Zirconium Crown For tooth
No 5
- shade A1

Shade:



LEFT

د. داليا الفايومي
Dr. Dalia Elfayoumi
ممارس عام - طبيب الأسنان عام
G.P General Dentist
MCH License No.: D40359
مركز أوركيد الطبي
Orchid Medical Centre

Please indicate special markings for preparation.

Try By: Finish By:

Doctor: Dr. Dalia Fayoumi

Clinic: Orchid M.C

Date: 27/2/2019

Dr. Dalia



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002770)

Date:27-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001632 - FATIMA IBRAHIM - 971554044334

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: 27-02-2019

Being

Made by Rana *Advance For Zircon*

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002795

Date: 28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001632 - FATIMA IBRAHIM - 971554044334**

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

By Cash **1,000.00** / 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: _____

Being **advance for zircon**

Made by **Rana**

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

ORCHID MEDICAL CENTER

TREATMENT PLAN

PATIENT NAME	OMC FILE #	TREATMENT TYPE
Fatima Ibrahim	100632	

TREATMENT PLAN	AMOUNT	NO: OF STEPS
① - RCT for 5 5 tooth	450	2 steps.
② composite one Surface For 4] tooth	150	one step
③ Zirconium Crowns for 5] + 4] teeth (two teeth)	1000 for each one 1000 x 2 = (2000) CT Stud	two steps.
④ Needs Invisalign (Or Hxo - treatment) but she will do it in another clinic		
TOTAL AMOUNT	2600	0

Prepared By :

Dr. Daria



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002846)

Date:04-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001632 - FATIMA IBRAHIM - 971554044334

The sum of Dhs. One 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 1,000.00

Bank:

Date: 04-03-2019

Cheque No.

Being Zircon Crown (Per Unit)

Made by Rana

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