



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 100174

Date: 10/3/19

Date: 10/3/19  
Patient Name: Abdullah Ahmad  
Date Of Birth: 10/5/93 Gender: M / F  
Nationality: السعودية  
Address: Dubai - Al Qusais  
E-MAIL: Saad.perseraha@hvc.com

File Number: 100174  
اسم المريض: عبدالله أحمد  
الحالة الاجتماعية: الزواج  
Marital Status: Married  
Phone No. (رقم الهاتف): 052-7745667  
How did you know about us: غوغل

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	لا / نعم ✓ لانمو لين / سكري
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 ✗ سكري
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 مميعةات للدم؟	لا ✗
Anemia, Leukemia أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا ✗
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، 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 منتج للحمل؟ هل تعانين 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 هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا ✗
Other conditions HSV, HIV...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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

### نموذج أقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المعول.

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

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 لتفادي العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 بالإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 تسد بالكامل قبل الانتهاء. من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قيمته لدى نفسي السلف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

أنا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 10/3/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs		
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم): /	Blood Sugar (دم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Teeth looks out

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة : امخال المستشفى

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

Class I Bimaxillary Protrusion

خطة العلاج  
Treatment Plan

1- 1248.

Tx Cost 4000 + Retainer Cost 500 So total

$\frac{44}{44}$  Extraction, Donor pay 1000 then 400 per visit.

In Diabetes Mellitus the Small and medium blood vessels are specifically affected such microangiopathy results in a considerable decline of blood flow to the supplied organs & tissue. The compromised vascular supply to teeth and dental structures lead to ischemic toothache, tenderness of gums, bone erosions & even tooth loss.

pt. read & Sign this here

Ahmed Abdallah.



Doctor's Signature and Stamp

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
10/3/2019	scaling & polishing	150		Dr. Datta
	patient has Grade 1 diabetes (Not indicated for ortho treatment)			
24/3/2019	→ Re-Examine the pt She came today after extraction of $\frac{4}{4}$ from Other clinic I told her to bring report & approval from her physician that we can proceed Orthodontic tl or not according to her, her Blood sugar control between 120-150 ? Explained if you can control sugar we can proceed you tt otherwise complication can harm you			
31/3/2019	pt- Sign Consent in arabic & English Cleaning done, photo Impression taken Upper bonding in oro Gemini Roth kit • 014 Nif: hpa... Antibiotic & Multivitamin prescribed for 5 days PT will take 157.50 Discount on her Retainer			
				1000
				6200
				Out two pay

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**

<b>Name</b>	Ohoud,Babiker,Abdalla,Mohamed	<b>IDN:</b>	784199491830644	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	عهد بابكر عبد الله محمد	<b>Card Number:</b>	089292150	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	SDN	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	السودان		
<b>Issue Date:</b>	29/05/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	27/05/2019	<b>Date of Birth:</b>	10/05/1994	<b>Sponsor Name:</b>	بابكر عبدالله محمد عبدالله
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	10900941
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120073042449	<b>Residency Expiry:</b>	27/05/2019
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	11	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

3/10/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002928)

Date:10-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001741 - OHOOD abduillah - 971527745667

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: **10-03-2019**Being **SCALING & POLISHING + VAT**Made by **Hiba**

---

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

الموضوع: اخلاء مسؤولية المركز.

نحن مركز أوركيذ الطبي (ترخيص رقم 7243) , نحن لا نتحمل أي مسؤولية تجاه المريضة / عهد  
باكر عبدالله – رقم الهوية(784199491830644) وان المريضة تتحمل كافة المضاعفات  
والمسؤوليات ولا يتحمل المركز والطبيب المختص أي مسؤوليات.  
وعلى ذلك أتعهد وأوقع أن المركز والطبيب لا يتحمل أي مسؤولية.

شاكرين لحسن تعاونكم....

الاسم: عهد باكر عبدالله

توقيع المريض :

التاريخ: 31/3/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003150)

Date: 31-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001741 - OHOOD ABDULLAH - 971527745667**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **4,200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

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

Date: 31-03-2019

Being **PT PAID THE TOTAL AMOUNT + VAT WILL DO FOR HER DISCOUNT 157.50 FOR THE RETAINER BECAUSE PT PAID FOR SCALIMG AND IT SHOULD BE FREE WITH THE BRACES**

Issued by Hiba

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 : 1001741 - OHOOD ABDULLAH - 971527745667

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