



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ...1.001.765

Date: ١٤ / 3 / 2019

Date: ١٤ / 3 / 2019

File Number: ...1.001.765

Patient Name: ...H.A.B.A.L.A.K.F.A.S.H.I.H.I

اسم المريض: ...

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

Marital Status: (الجماعية) ... M.S.F.N.E.L

Nationality (الجنسية): (M.S.F.N.E.L)

Occupation: (الوظيفة):

Address (العنوان): ...N.S.K.H.E.A.L.T

Phone No. (رقم الهاتف): ...0.56-(1.4.84.4.5)

E-MAIL: .....

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 اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	—	—
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	AS I Implant
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	No
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	No	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	No	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	No	No
Other conditions HSV, HIV...etc	No	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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: 14/3/2019

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بملاح 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما فكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بإتخاذ 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 الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- أدرك 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 قمته لي قد بقي السلف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتناق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للإسترداد

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مصلحة 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 (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

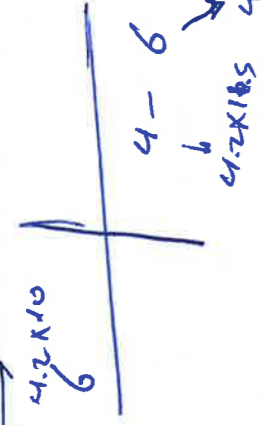
التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

عملية زراعة سنين

23/3/2019

implantation 4.2x10  
6



maxillary bridge 2 → Fix 25/3/2019



After 3 months

Composite Fixed partial removable bridge  
23/6/2019

25.8.2019

Patient Ready for second stage Implant Exposure

# 4 had the healing collar fallen off and Needs surgical Re-entry

# 19, 21 case single stage Implants  
Patient sent for open

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	Habibollah, Mohammad		
Name (Ar)	حبيب الشرحمد نور, فغهي		
Title	IDN:	784196141941318	Mother Name:
Title (Ar):	Card Number:	091052969	Mother Name (Ar):
Issue Date:	Nationality:	IRN	Family ID:
Expiry Date:	Nationality (Ar):	جمهورية ايران الإسلامية	
Marital Status:	Sex:	M	Sponsor Type:
Residency Type:	Date of Birth:	15/09/1961	Sponsor Name:
ID Type:	Husband IDN:		Sponsor Number:
	Residency Number:	20120027023054	Residency Expiry:
	Occupation:	1233	Occupation Field:
			00

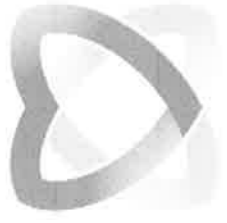


Photo

Signature Image

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

3/14/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,670.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002982

Date: 14-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001765 - HABIB 00. - 971561484451

The sum of Dhs. Five Thousand Six Hundred Seventy Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,670.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 3 IMPLANT EACH TOOTH 1800 AED + 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)

TREATMENT PLAN(DR.ALCHINO)

PATIENT'S NAME		PATIENT'S DETAILS- DATE: 14MAR2019			G.DISEASE		MOB	
حبيب		DOB-OLD	NATIONALITY	SEX				
		YEARS	IRAN	M				

PHOTOGRAPHY	
PERAPICAL	
PANORAMA	
CT	

TREATMENT CHART																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10							
CR/BR																
IMP	4.2/11.5															
MEMBRANE-B.G																
DIAGNOSIS		*														
UPPER	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
LOWER	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DIAGNOSIS									*			*	*	*	*	*
MRN-B.G																
IMP																
CR/BR													4.2/11.5			4.2/11.5

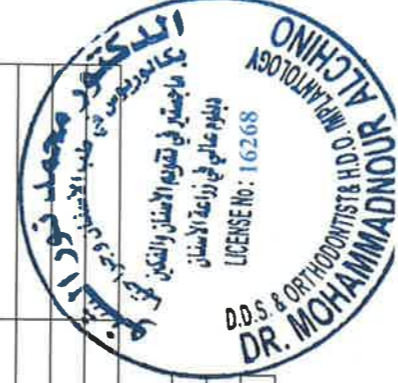
TREATMENT COST			
TREATMENT	UNIT'S COST	UNITS	TOTAL COST
EXTRACTION			
IMPLANT-LGACY/ZIMMER	1800	3	5400
MEMBRANE			
BONE GRAFT			
CROWN/BRIDGE(COVENTIONAL-DEGITAL)	500	5	2500
BRIDGE(M.BR)	750		750
SINUS LEFT			
TOTAL			6650

24/4/2019 → Fix comment by comparing may lead bridge

TIEME MANAGEMENT		
EXTRACTION	PROVISION	PERMENANT

MEDICATION	
AMOCLAN	PAID

PAYMENTS	
14MAR2019	R.BALANCE
5400	
3250	



*(Handwritten signature)*





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003045

RECEIPT VOUCHER

AED 4,987.50

Date: 23-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001765 - HABIB 00. - 971561484451

The sum of Dhs. Four Thousand Nine Hundred Eighty Seven and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 4,987.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

ng ADVANCE FOR 5 CROWN DIGITAL AND 1 MERRYLAND TOTAL 6 CROWNS

Made 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

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003628)

Date:09-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001765 - HABIB 00. - 971561484451

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 787.50

Bank: Cheque No.

Date: 09-05-2019

Being pt did 1 merryland crown + vat

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 : 1001765 - HABIB 00. - 971561484451

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004160)

Date: 23-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001765 - HABIB 00. - 971561484451

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

By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 23-06-2019

Being **COMPOSITE FILLING + VAT**

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 : 1001765 - HABIB 00. - 971561484451

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 4,200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006816)

Date:31-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001765 - HABIB 00. - 971561484451

The sum of Dhs. Four Thousand Two 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 4,200.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-12-2019

Being 4 zircon crown + vat

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 : 1001765 - HABIB 00. - 971561484451

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