



File No: ... ١٠٥٠٧٧٦٦

Date: ١٧/٣/٢٠١٩

Date: ١٧.٣.٢٠١٩

File Number: ١٥٥٧٧٦٦

Patient Name: Taj Mohammad Khavaji

اسم المريض: تاج محمد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 28/12/1965

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Iraqi

Occupation (الوظيفة): Doctor

Address (العنوان): Al-Qadisiyah

Phone No. (رقم الهاتف): 0506949123

E-MAIL: How did you know about us:

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	الحالة الطبية	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	هل لديك أي حساسية؟	✓	
Allergies	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	Epilepsy, or any other neurological disease	✓	
Other conditions HSV, HIV...etc	Thyroid Diseases, Diabetes	✓	
	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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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 الأفضل 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 نتائج للعلاج 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 و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليرقان أو الالام أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالأدنى 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 قيمته لدى فريقي للملف صحية. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني وقعت عليه بكامل إرادتي.

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

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

التاريخ: ... / ... /

البيانات الحيوية Vital Signs

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

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة

التاريخ المرضي: Disease History

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، إيداع المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعيات العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

التصوير الشعاعي Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp.

.....

PATIENT NAME:

DATE

TREATMENT

SIGNATURE

12/3/2019

Implant # 317/1

6 Implant Done 11340
 20 Crowns 420
 upper and lower
 Total 8820

Balance 8 Crowns
 3570

8/4/2019

(lower permanent fixation) STS

Permanent teeth

Temporary fixation STS

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

Name	Taj, Mohammad, Mohammad, Fouladzadeh, Kharaji	IDN:	784196595717503	Mother Name:	
Name (Ar)	تاج محمد، محمد، فولاذزاده، خراجی	Card Number:	093194215	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	جمهوریة ایران الإسلامية		
Issue Date:	18/02/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	13/01/2022	Date of Birth:	28/12/1965	Sponsor Name:	دلتا (السوراد الشیرازیة السطیة)
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20119917037255	Residency Expiry:	13/01/2022
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/17/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002998

Date: 17-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001774 - TAJ MOHAMMED - 971509251999**The sum of Dhs. **Four Thousand Only**By Cash **4,000.00** / 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 6 implant

Made by Hiba

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003039

Date: 21-03-2019

AED 13,730.00

RECEIPT VOUCHERReceive from Mr./Mrs./M/s. **1001774 - TAJ MOHAMMED - 971509251999**The sum of Dhs. **Thirteen Thousand Seven Hundred Thirty Only**By Cash **13,730.00** / 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:

P **g ADVANCE FOR CROWN AND IMPLANT + 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

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

التاريخ: 2019/8/20

انا السيد تاج محمد فولاذه خراجي هوية رقم (784196595717503) اصرح
برغبتي في انجاز علاجي في مركز آخر و الغاء ملفي الطبي و اصرح ببراءة ذمة مركز
أوركيد الطبي من أي مسؤولية طبية أو مالية حالية أو مستقبلية .

اسم المريض: TAJ MOHAMMAD

التوقيع: 



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,820.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004419)

Date:18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001774 - TAJ MOHAMMED - 971509251999

The sum of Dhs. Two Thousand Eight Hundred Twenty 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 2,820.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-07-2019

Being 20 CERAMIC CROWNS RATE PER TEETH 420+ VAT

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

Confirmed by : 1001774 - TAJ MOHAMMED - 971509251999

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004418)

Date:18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001774 - TAJ MOHAMMED - 971509251999

The sum of Dhs. Six 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 6,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-07-2019

Being 20 CERAMIC CROWNS DONE RATE PER TEETH 420 + VAT

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

Confirmed by : 1001774 - TAJ MOHAMMED - 971509251999

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

التاريخ: 2019/8/20

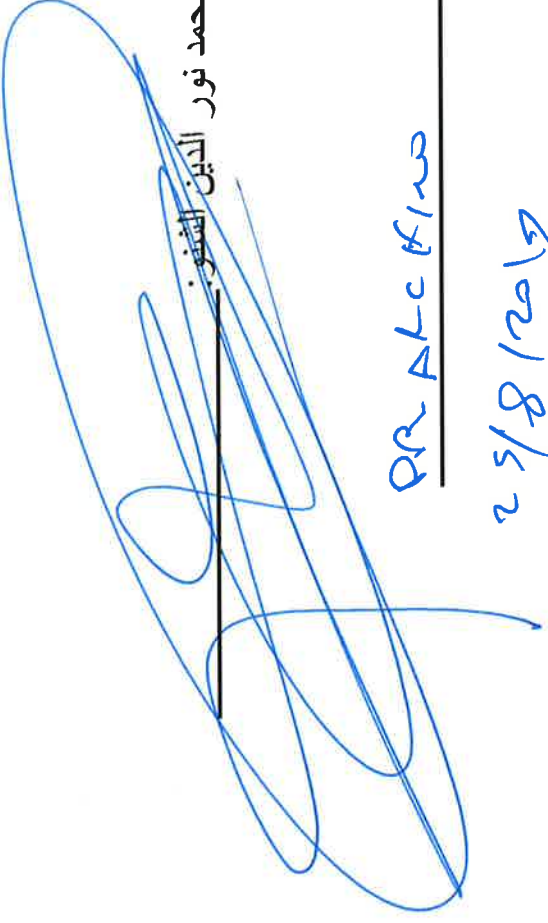
انا السيد تاج محمد فولانزاده خراجي هوية رقم (784196595717503) اصرح
برغبتي في انجاز علاجي في مركز آخر و الغاء ملفي الطبي و اصرح ببراءة ذمة مركز
أوركيد الطبي من أي مسؤولية طبية أو مالية حالية أو مستقبلية

اسم المريض: TAJ MOHAMMAD

التوقيع: 

التاريخ: 2019/8/25

انا الدكتور محمد نور الدين الشنوق اصرح باستلامي كامل مبلغ العلاج المتبقي للمريض تاج محمد محمد فولاده خراجه بمبلغ 3528 درهم (ثلاثة آلاف وخمسمائة وثمانية و عشرون درهم إماراتي) وهو المبلغ المتبقي من رصيد العلاج وعليه اتعهد باكمال العلاج للمريض و اصرح ببرائة ذمة مركز اوركيد الطبي من اي مسؤولية طبية أو مالية حاليا او مستقبلية.

الدكتور محمد نور الدين الشنوق

التوقيع: DR ALC ALC
25/8/2019