



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ..100.1788

Date: 20 / 3 / 2019

Date: 20/3/2019 File Number: 100.1788
Patient Name: Nadia Amine
Date Of Birth 28 / 2 / 81 Gender (الجنس): M / (F)
Nationality (الجنسية): المغرب
Address (العنوان): Sij
E-MAIL: Google
اسم المريض: نادية امين
الجنس: (الجنس) (M / F)
الجنسية: المغرب
العنوان: Sij
How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعةات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	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: ... / ... /

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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعمين 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 للخصوصات و الإجراءات 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 المرضية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بعضها 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 لى قد بقي السلف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتلقى 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 اراضي.
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... /

الاستمارة: تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , أحوال 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

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Nadia,,,Amine	IDN:	784198193062464	Mother Name:	
Name (Ar)	نادية,,,امين	Card Number:	092955875	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	03/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	01/02/2021	Date of Birth:	28/02/1981	Sponsor Name:	مركز همسة الحياة للتجميل
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120162659013	Residency Expiry:	01/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

3/20/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003024

Date: 20-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001788 - NADIA AMINE - 971552818833**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 BRACES TOTAL PRICE 4000 + 200 VAT REMAING BALANCE 3200 AED DR. CHEENO CASE**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

TREATMENT PLAN ORTHODONTICS(DR.ALCHINO)

CIH.F:000009	PATIENT 'S DETAILS- DATE:18MAR2019-	DOB-OLD	NATIONALITY	SEX	G.DISEASE	MOB
PATIENT S' NAME	ناديا امين	28/2/81	المغرب	F		0552818833
	YEARS					

Main complain: upper anterior spaces

PHOTOGRAPHY	
PERAPICAL	
PANORAMA	
CT	

TREATMENT CHART

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

TREATMENT COST

1	TREATMENT	UNIT 'S COST	UNITS	TOTAL COST
2	EXTRACTION			
3	IMPLANT-LGACY/ZIMMER			
4	MEMBRANE			
5	BONE GRAFT			
6	CROWN/BRIDGE(COVINTIONAL-DEGITAL)			
7	TEMPORARY/PROVISION/ MARYLAND BRIDGE(M.BR)			
8	SINUS LEFT			
	TOTAL			

TIEME MANAGEMENT

1	EXTRACTION		
2	BACKET SYSTEM	FIXED	MAR201920
3			

MEDICATION

1	AMOCLAN		
2	ROVAMYCIN		
3	VOLTRIN		
4	SOLUCORTEF		
5	GENGIGEL		

18MAR2019	TOTAL COST:4000	PAYMENTS	PAID
ORTHO ACTIVATION	3000 INCLUDING RETAINERCOST	1000	R.BALANCE



(Handwritten signature)



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003386)

Date: 18-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001788 - NADIA AMINE - 971552818833

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-04-2019

Being **braces follow up + 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 : 1001788 - NADIA AMINE - 971552818833

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