



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 28/3/19

Date: ... / ... / File Number: 1001827

Patient Name: Suzana Kamal

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / 8 / 82 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Syriana ... Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 05.2833.03.19

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 تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثاً؟	نعم	مكمل صديدي - وكلس
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	نعم	مميعات دم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لويميا (فقر الدم)، لويميا (سرطان الدم)، Loukemia	نعم	فقر دم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	نعم	مشاكل بالدورة
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions: HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط 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 اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و اتعلم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتعلم انه 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 باخذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر انه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتعلم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتعلم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتعلم 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 قد بقي السلف صحيحة، و اتعلم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد
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 (فصيلة 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 المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

Dr. - Dalia



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<u>28/3/2019</u>				
	First Session RCT for 16 tooth.	200		<u>Dr. Daba</u>
	2nd- Session RCT 16 (sever pain patient cannot be anaesthetized).	150		<u>Dr. Daba</u>
<u>20/4/2019</u>				
	3rd Session RCT of 16 (T.F).	100		<u>Dr. Daba</u>
<u>27/4/2019</u>				
	only Irrigation + cleaning of canals. - T.F (still there is little pain)			<u>Dr. Daba</u>
<u>30/4/2019</u>				
	Obturation + composite (very narrow canals and curved)	150		<u>Dr. Daba</u>

4/5/2019

- Scaling & polishing

150

Dr. Daba

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO*

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	Sussan,Kamal,Rajoub	IDN:	784198297090767	Mother Name:	
Name (Ar)	سوزان كمال رجب	Card Number:	090742065	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	06/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	04/09/2021	Date of Birth:	15/08/1982	Sponsor Name:	ماجيد عبدالباري رجب
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	60307137
Residency Type:	03	Residency Number:	30120183027206	Residency Expiry:	04/09/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

سوزان كمال رجب

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

3/28/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

No: REC-003111

RECEIPT VOUCHER

Date: 28-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001827 - SUZAN 00. - 971528330319

The sum of Dhs. Two Hundred Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Payment ADVANCE FOR RCT FIRST SESSION OF TOOTH NUMBER 6

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003227

RECEIPT VOUCHER

Date: 04-04-2019

AED 150.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001827 - SUZAN 00. - 971528330319

The sum of Dhs. One Hundred Fifty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 150.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being advance for rct treatment

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 100.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003406

Date: 20-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001827 - SUZAN 00. - 971528330319**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **100.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

_____ ing advance for rct treatment

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003514)

Date: 30-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001827 - SUZAN 00. - 971528330319

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty 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 **150.00**

Bank: Cheque No. Date: 30-04-2019

Being

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 : 1001827 - SUZAN 00. - 971528330319

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 350.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003513)

Date:30-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001827 - SUZAN 00. - 971528330319

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **150.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **200.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-04-2019

Being **ROOT CANAL TREATMENT**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 : 1001827 - SUZAN 00. - 971528330319

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003525)

Date: 01-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001827 - SUZAN 00. - 971528330319

The sum of Dhs. One 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 100.00

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: 01-05-2019

Being

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 : 1001827 - SUZAN 00. - 971528330319

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003567)

Date: 04-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001827 - SUZAN KAMAL - 971528330319

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: 04-05-2019

Being **SCALING & POLISHING + 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 : 1001827 - SUZAN KAMAL - 971528330319

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