



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001854

Date: 21/2/2019

Date: 21/2/2019

File Number: 1001854

Patient Name: Zahra Juma

اسم المريض: زهرة جوما

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13/10/1991

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Saudi

Occupation (الوظيفة): Doctor

Address (العنوان): Riyadh

Phone No. (رقم الهاتف): 0502595594

E-MAIL: a.2020@ohd.mail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديًا؟	لا	
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	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، 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 مانع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc	لا	
	لا	عملية تغيير المنظار وعملية عيون



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 الموزع.

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 نكره 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم يحدد الأدمى 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 لدي فتحي للنفك صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق 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 ارادتي

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

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

التاريخ: 2019 / 09 / 16

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs					
الوزن (Kg):	Kg	الطول (cm):	cm	نوعية الدم (Blood Type):	
النبض (bpm):	bpm	ضغط الدم (Blood Pressure):	/	سكر الدم (Blood Sugar):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

الأدوية (Drugs): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

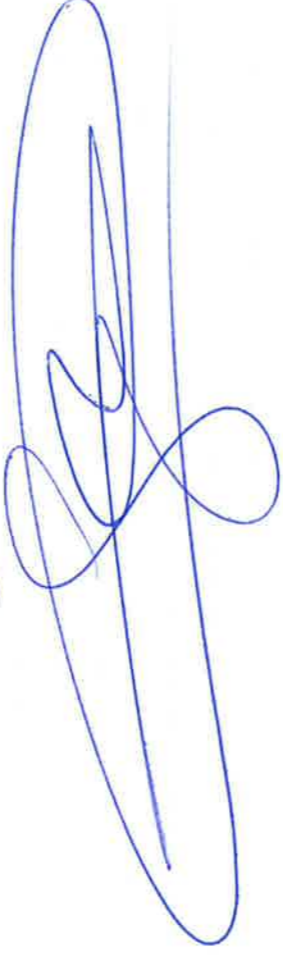
التشخيص Diagnosis

Space between teeth
Bimaxillary protrusion

Treatment Plan خطة العلاج

- DR THO done his treatment
- Spaces / upper portion
- braces fix 2/APR/2019

DR A Lashin braces



27/1/2020 Pt. came today with broken
brackets at $\frac{65}{456}$
& wrong position of anterior bracket.
It need more than 1 yr.

Doctor's Signature and Stamp





PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
18/6/2019	Actual	400		
27/1/2020	Many broken bracket Anteriorly wrong position need more than 1 yr. if pay = 3500 + 700 x 4 3000 + 700 final ✓	00		
	Bonding of new bracket at $\frac{6}{65} \frac{6}{4}$	500		
	014 NiTi bracket 1-1/2			
25/6/2020	2/2 in lower arch for Ant. Retraction	300		
1/6/2020	Lower ant. x traction for 300			
25/6/2020	IPR in lower arch - 016 lower NiTi 016 RCS upper Coil spring for the space distribution in upper arch	300		

د. ماهيش كومار صيتر
Dr. Mahesh Kumar Sager
الخصائي - تقويم الاسنان
Specialist - Orthodontics
MOH License No.: V1120
Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Zahra,Junna,Raithan,,Al Ghammari	IDN:	7841999181419021	Mother Name:	
Name (Ar)	زهرة بنت جمانة ريثان الغمري	Card Number:	093301901	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	OMN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	سلطنة عمان	Sponsor Type:	
Issue Date:	25/02/2019	Sex:	F	Sponsor Name:	
Expiry Date:	25/02/2024	Date of Birth:	31/10/1991	Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Residency Number:		Occupation Field:	00
ID Type:	IR	Occupation:	99		

Photo



Signature Image

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

4/2/2019



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003193)

Date: 02-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001854 - ZAHRA AL GHAMMARI - 971502595594

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **1,050.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 02-04-2019

Cheque No.

Being **BRACES DOWN PAYMENT + 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 : 1001854 - ZAHRA AL GHAMMARI - 971502595594

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

مركز أدركيد الطبي

المسؤولة: تعهد

أنا الموقعة أدناه / السيدة زهرة بنت جمعة من إيفان الغماري

الصورة رقم 1/8141902-1-784-1991-8141902-1 سوف أتمم بدفع

مبلغ 400 درهم + 20 الضريبة

يوم 25/06/2019 الثلاثاء .



السيدة زهرة الغماري







مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

TAX INVOICE (NO. INV-C004815)

Patient File # : 1001854 Visit Date : 22-06-2019
 Patient Name : ZAHRA AL GHAMMARI Insurance : Cash
 Doctor : DR. MOHAMED AL CHINO Invoice Date : 22-06-2019
 VAT Reg # : 100479302000003

Sl.No	Code	Service	Unit Price	Quantity	Gross	Discount	VAT %	VAT Amount	Net
1.	DEN-124	BRACES FOLLOW UP	400.00	1	400.00	0.00	5.00	20.00	400.00
Gross Total (in AED)									400.00
Discount (in AED)									0.00
Net Total (in AED)									400.00
VAT TOTAL									20.00
NET + VAT TOTAL									420.00
Balance (in AED)									420.00
Advance Balance (in AED)									0.00

Prepared By

BRACES FOLLOW UP + VAT

Patient Signature

Kindly note that this automated and uniquely dated invoice is payable on this visit before leaving the Center deposit will be automatically deducted upon settlement.

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008648)

Date: 02-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001854 - ZAHRA AL GHAMMARI - 971502595594

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 420.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-05-2020

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 : 1001854 - ZAHRA AL GHAMMARI - 971502595594

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009193)

Date:04-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001854 - ZAHRA AL GHAMMARI - 971502595594

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: 04-06-2020

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 : 1001854 - ZAHRA AL GHAMMARI - 971502595594

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



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007286)

Date:27-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001854 - ZAHRA AL GHAMMARI - 971502595594**The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **525.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **27-01-2020**Being **1 follow up + vat**Made by **Reem**

- 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 : **1001854 - ZAHRA AL GHAMMARI - 971502595594**

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