



File No: 1001863

Date: 3/4/2019

Date: 3/4/2019 File Number: 1001863
Patient Name: Mohamed Saad Ghuly اسم المريض:
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 9/4/73 Gender (الجنس): M / F (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): Egypt (الوظيفة):
Address (العنوان): Dakhla Phone No. (رقم الهاتف): 0504814911
E-MAIL: mohamed.ghuly@orchidmc.com How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
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 حديثاً؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سكرويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط 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: 5/14/2019

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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما تفهم 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 الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 قدمته لي قنخي السلف صحيحة و تفهم 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 95 Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (نمط الدم): B
Pulse (النبض): 80 ppm	Blood Pressure (ضغط الدم): 130/85	Blood Sugar (سكر الدم): 120

Chief Complaint

سبب زيارة المريض العيادة
he liked smile

Disease History التاريخ المرضي: —

Allergies الحساسية: —

Medications الأدوية: —

Pregnancy الحمل: —

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة . ادخال المستشفى: —

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Doha

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
 Resident Identity Card بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية 784-1973-2147136-5

الإسم: محمود سعيد عبدالحليم غالى
 Name: Mahmoud Saeed Abdelhalim Ghaly

الجنسية: مصر
 Nationality: Egypt

Sex: M الجنس: ذكر Date of Birth 09/09/1973 تاريخ الولادة

Signature / التوقيع Expiry Date / تاريخ الإنتهاء Card Number / رقم البطاقة
 17/03/2020 088228688

150438/01
 08C000B855A61375

عند العثور على هذه البطاقة الرجاء إرجاعها إلى جهة إصدارها أو إلى أقرب مركز شرطة.
 If you find this card, please return it to the issuing organization or to the nearest police station.

ILARE0882286688784197321471365
 7309090M2003175EGY<<<<<<<<<<<<<8
 GHALY<<MAHMOUD<SAEED<ABDELHALI



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003204

RECEIPT VOUCHER

AED 735.00

Date: 03-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001863 - MAHMOUD GHALI - 971504814911**The sum of Dhs. **Seven Hundred Thirty Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **735.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

By: **ADVANCE FOR SNAP ON SMILE 1400 AED + 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.aewww.omc1.ae

Advance collected - 700

VAT -	35
	<u>735</u>

Collected By Card

9/4/2019
 From Rana
 Returned Cash



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED -667.99

No: REC-003901

RECEIPT VOUCHER

Date: 01-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001863 - MAHMOUD GHALI - 971504814911**

The sum of Dhs.

By Cash **-665.00** / By Credit Card **-1.00** (Bank Charges: **0.01**) / By Cheque **-1.00** / By Bank Transfer **-1.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANCES REFUNDED AGAINST/ SNAP ON SMILE-REF RV # 003204/0304.2019 AED 735**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.aewww.omc1.ae

665 /
Receipt
to
Hiba
01/06/2019
Mahmoud Ghali
Cental Center