



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 6/4/19

Date: 6/4/2019 File Number: 1001887

Patient Name: Rawden Mohel - 62 - 3 ضيف 2

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 12/12/67 Gender (الجنس): M / E Marital Status (الحالة الاجتماعية):

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

Address (العنوان): ... Phone No. رقم الهاتف: 050/6758466

E-MAIL: ... How did you know about us: 058-1047762

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



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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل وخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الام أو الحساسية المرضية.
- 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 لدي فحفي اللغف صحيحة و اتفهم 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 لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

Randa

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 ، احوال 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

Treatment Plan خطة العلاج

one bud¹⁴ 012
468

D.R. Alkhatib

3 paid off
21/4/2019

الكلية
21/4/2019

10114

All Treatment Done
Payment Done

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO*

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	Rawda,Mohamad,Mahmood,Ismail	IDN:	784196241405065	Mother Name:	
Name (Ar)	روضة محمد محمود اسماعيل	Card Number:	093902913	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	01/04/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	10/03/2021	Date of Birth:	13/12/1962	Sponsor Name:	احمد عبدالله حسن عبدالله
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	10273633
Residency Type:	03	Residency Number:	20119853119593	Residency Expiry:	10/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/6/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 8,850.05

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003274)

Date:08-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466

The sum of Dhs. **Eight Thousand Eight Hundred Fifty Dirhams and Five Fils Only**

By Cash **8,850.05** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: **08-04-2019**

Being **DENTAL IMPLANT FOR 4 TOOTH DISCOUNT 419 AED**

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 : 1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003534

RECEIPT VOUCHER

AED 3,000.00

Date: 01-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466

The sum of Dhs. **Three Thousand Only**By Cash **3,000.00** / 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:

Paying **ADVANCE FOR 14 TOOTH BRIDGE + 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

13/06/2019

الموضوع : تعهد

انا الموقعة اذناه السيدة / روضة محمد محمود اسماعيل رقم الهوية : 5-784-1962-4140506
لقد قمت بتركيب 12 سن من مركز اوركيد الطبي ومتقي علي مبلغ لم اسدده 1914 درهم
اتعهد انني سوف اسدده يوم السبت تاريخ 15/06/2019

الاسم : روضة محمد محمود
التوقيع : روضة محمد محمود



2019/06/17

17/06/2019
14/06/2019
14/06/2019

اسم المريض: روضة محمد محمود اسماعيل

رقم الملف: 1001887

ضمان

ضمان جودة مدى الحياة ضد الكسر من الاستعمال الطبيعي فيما يتعلق بالزرعة رقم (45,43,35,33) و تركيب 14 سن فوق الزرعات مع تحمل كامل المسؤولية من المريض على العناية بالصحة القوية والفحص الدوري مع الطبيب المختص والصحة العامة للاسنان.

دكتور محمد الشنو
مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER
Sharjah, U.A.E.
P.O.Box: 84088

Tel : +971 6 555 8337, Fax : +971 6 528 8130, E-mail: info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,914.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004085

Date: 17-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466

The sum of Dhs. **One Thousand Nine Hundred Fourteen Only**By Cash **1,914.00** / 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:

B **LAST PAYMENT FOR CROWNS**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 1,914.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004146)

Date:23-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466

The sum of Dhs. **One Thousand Nine Hundred Fourteen 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 **1,914.00**

Bank: Cheque No.

Date: 23-06-2019

Being **treatment done allocated for full amount**

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 : 1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004145)

Date:23-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466

The sum of Dhs. **Three 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 **3,000.00**

Bank:

Date: 23-06-2019

Cheque No.

Being **Denture Over Implant**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 : 1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466

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

13/06/2020

إقرار مخالصة نهائية

أقر أنا الموقع روضة محمد
ملف رقم: 1001887

انا السيدة/ روضة محمد لقد استلمت من مركز اوركيد الطبي المبلغ المدفوع كامل من قبلي
وهذا الإقرار يعتبر مخالصة نهائية لا يحق لي بعدها مطالبة مركز اوركيد الطبي بأي شئى لا مادياً ولا مغنوباً
ولا طيباً.

وعلى ذلك أوقع،،

المبلغ 4914 درهم اماراتي

مركز اوركيد الطبي

المقر بما فيه،،
السيدة/ روضة محمد
الزوج/ محمد عبدالله
٦/١٢



المشرف
BUSINESS BANKING
K.A.A. STREET - SHARJAH

Date 13/06/2020 التاريخ

أدخلوا بموجب هذا الشيك إلى
أو لحسابه

Pay against this Cheque to
or the Bearer
Dirhams *Four Thousand nine hundred and
Fourteen only.*

رقم
AED 4914

ORCHID PHARMACY LLC

Mashreqbank psc

لا تقبل تحت هذا الشيك
بدون وثيقة دفع فدية

Account No.

Cheque No. ١١٠٠٠ ١ ٧ ٥ ٥ ١ ٩ ٠ ٣ ٣ ٣ ٠ ١ ٢ ١ ٠ ١ ٩ ١ ٠ ٠ ٢ ٢ ٩ ٤ ٤ ٨ ١ ١



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-009396

RECEIPT VOUCHER

AED -1,914.00

Date: 13-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466

The sum of Dhs. Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque -1,914.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being refund done to the patient by chq no: 001755

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@omcl.ae
www.omcl.ae

13/06/2020
By Cheque
Rana



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED -3,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009395

Date: 13-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001887 - RAWDA MOHAMMED - 971506758466**

The sum of Dhs. **Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **-3,000.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being refund done to the patient by chq no:001755 dated on 13-6-2020

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

Handwritten signature in pink ink: Rana