



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 9 / 4 / 19

Date: ... / ... / ..... File Number: 10019723

Patient Name: Abdelali Ben Fakir اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 6 / 1 / 65 Gender (الجنس) M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....

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

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 05507160717

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

التاريخ الطبي Medical History			
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟		No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟		No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض 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 (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		?	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاليت من أي أمراض 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليرقان أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها 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 قدمته لدي فتحتي الملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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 ، 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#: عنه اعلى برفسي

PATIENT NAME:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
	<u>Final Impression</u>			
	<u>up/bow / P.P</u>			
	<u>denture</u>			
16/5/2019	Registration with MOH (down + up)			
21/5/2019	Try with denture لم يرضى عن النتيجة تم تعديلها تم تعديلها			
3-9-2019	طبقة صحن حربي علوي وسفلي			
22-9-2019	تم تسليم العلوي وعدة السفلي			
20-10-2019				

د. اميرة حسن  
 Dr. Amira Hassan  
 ممارس عام - طبيب اسنان عام  
 G.P General Dentist  
 ترخيص رقم: D57288  
 MOH License No.: D57288  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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**

<b>Name</b>	Abdelali, Bentakir	<b>IDN:</b>	784196536262825	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	عبدالعلي بن التقي	<b>Card Number:</b>	083015966	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	MAR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	المغرب		
<b>Issue Date:</b>	16/04/2017	<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Expiry Date:</b>	10/04/2019	<b>Date of Birth:</b>	06/01/1965	<b>Sponsor Name:</b>	مطلوب تاريخ للرجل
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	30119962067697	<b>Residency Expiry:</b>	10/04/2019
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	5141	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

4/9/2019



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 700.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003576

Date: 05-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001923 - ABDELALI BENFAKIR - 971507160717

The sum of Dhs. Seven Hundred Only

By Cash 700,00 / 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:

Ⓜ ADVANCE FOR BRIDGE 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](http://www.omc1.ae)