



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 14/4/2019

Date: 14/4/2019

File Number: 1001959

Patient Name: G. badi, Amel

اسم المريض: .....

Date Of Birth: ... / ... / ...

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (المهنة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف):

E-MAIL: g.badi@orchid.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
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 (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالنين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	لا
HSV, HIV...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 الموقر،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترديتي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما تفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القوم أو النزيف أو الألم 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 قد فتحي الملف الصحية و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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: ... / ... / .....

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مصلحة 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: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<u>19/9/2019</u>				
	Impression for veneers.	9900		<u>Dr. Dabaq</u>
	PT Paid 1 session Carbon 1 session Facial + 1 session gold stamp + 1 chemical Peel	1640		
<u>15/4/2019</u>				
	preparation of			
	<u>19</u> teeth veneers			
	+ One Zirconia Crown			<u>Dr. Dabaq</u>
	Impression (Final)			
	+ bite			
	shade BLI			
	Bunny smile.			
<u>14.4</u>	cons			<u>oLFNT</u>

المملكة العربية السعودية  
وزارة التعليم  
مطابقة الهوية الوطنية  
مستند

عبدى بنت عامر بن طالع مسيري

الرقم ١٠٣٥١٨٥٣١١  
تاريخ الانتهاء ١٤٤٨/٠٨/١٥ هـ  
جهة الإصدار الجاحة  
مكان الميلاد تبوك  
تاريخ الميلاد ١٣٩٥/٠٤/٠٧ هـ

رقم القبط ٥٥٤٤٥

تاريخ ١٤٣٨-٨/١٥ هـ  
الجاحة

1035185311





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003342

Date: 14-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001959 - GHADI ASEERI - 96650811980

The sum of Dhs. **Five Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **5,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

By **ADVANCE FOR VENEER 9900+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](mailto:info@omc1.ae)****[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,722.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003343)

Date: 14-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001959 - GHADI ASEERI - 966508111980

The sum of Dhs. One Thousand Seven Hundred Twenty-Two Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,722.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-04-2019

Being CHEMICAL PEEL 1 SESSION + GOLD STAMP 1 SESSION + CARBON + FACIAL + 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 : 1001959 - GHADI ASEERI - 966508111980

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





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

**TAX INVOICE (NO. INV-C004201)**

Patient File # : 1001959 Visit Date : 14-04-2019  
 Patient Name : GHADI ASEERI Insurance : Cash  
 Doctor : Beauty Therapist Invoice Date : 14-04-2019  
 VAT Reg # : 100479302000003

Sl.No	Code	Service	Unit Price	Quantity	Gross	Discount	VAT %	VAT Amount	Net
1.	L00011	Pro-Facial treatment	700.00	1	700.00	700.00	0.00	0.00	0.00
2.	L00051	GOLD STAMP	1,500.00	1	1,500.00	1,500.00	0.00	0.00	0.00
3.	DER28	CARBON PEELING plus	800.00	1	800.00	800.00	0.00	0.00	0.00
4.	L00064	CHEMICAL PEEL	500.00	1	500.00	500.00	0.00	0.00	0.00
<b>Gross Total (in AED)</b>									<b>3,500.00</b>
<b>Discount (in AED)</b>									<b>3,500.00</b>
<b>Net Total (in AED)</b>									<b>0.00</b>
<b>VAT TOTAL</b>									<b>0.00</b>
<b>NET + VAT TOTAL</b>									<b>0.00</b>
<b>Paid (in AED) (Credit Card)</b>									<b>-1,722.00</b>
<b>Balance (in AED)</b>									<b>-1,722.00</b>
<b>Advance Balance (in AED)</b>									<b>5,000.00</b>

**Prepared By** Rana

CHEMICAL PEEL 1 SESSION + GOLD STAMP 1 SESSION + CARBON + FACIAL + 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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أورج الطبية  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 10,395.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003379)

Date: 17-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001959 - GHADI ASEERI - 966508111980

The sum of Dhs. Ten Thousand Three Hundred Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,395.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 5,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-04-2019

Being REF RV # 3343 DT. 14.04.19 AED 1722 COLLECTED FOR CHEM: PEEL/G.STAMP/CARBON/FACIAL , BUT PATIENT DID NOT TAKE TREATMENT AND SHIFTED TO VENEER, TOTAL PAID 5000 ADV ON 14.04.19 AND 1722 ON CREDIT CARD ON 14.04.19 AND BAL 3673 ON 17.04.19-ALSO INV # 4201 CANCELED AND REMOVED THE PRICE/ BUT STIL SHOWING OUTSTANDING 1722 BUT NOTHING TO RECEIVE

Made by Super Administrator

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 : 1001959 - GHADI ASEERI - 966508111980

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 10,395.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003379)

Date:17-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001959 - GHADI ASEERI - 966508111980

The sum of Dhs. Ten Thousand Three Hundred Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,395.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 5,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-04-2019

Being REF RV # 3343 DT. 14.04.19 AED 1722 COLLECTED FOR CHEM: PELL/G.STAMP/CARBON/FACIAL , BUT PATIENT DID NOT TAKE TREATMENT AND SHIFTED TO VENEER, TOTAL PAID 5000 ADV ON 14.04.19 AND 1722 ON CREDIT CARD ON 14.04.19 AND BAL 3673 ON 17.04.19-ALSO INV # 4201 CANCELED AND REMOVED THE PRICE/ BUT STIL SHOWING OUTSTANDING 1722 BUT NOTHING TO RECEIVE

Made by Super Administrator

- 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 : 1001959 - GHADI ASEERI - 966508111980

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)