



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٥١٩٧٥

Date: ١٥ / ١١ / ٢٥١٩

Date: ١٥ / ١١ / ٢٥١٩

File Number: ١٥٥١٩٧٥

Patient Name: Habbes Radwan Husleh

إسم المريض: حبيب رضوان هسلع

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٥ / ٥ / ١٩٦٧ Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج

Nationality (الجنسية): الأردنية Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥٦١٧٢٧٥٣

How did you know about us: .....

E-MAIL: .....

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؟		Yes	نظرس
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes	بعض الأدوية
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى		Yes	بعض الامراض التنفسية
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو تناسلية؟		No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		Yes	
Other conditions HIV, HSV...etc	هل تعاني 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 لنتائج 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 مصحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التوريم 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 لدى قنحي الملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية 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 بكمال ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / 2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مجموعة 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 (تعاطي 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

$\frac{134}{100} + \frac{800}{100} = 934$  ← قيمة 800  
 قيمة 134  
 (12 + 3) فوسه  
 دعدادي 18 / دعدادي 12  
 يتلوا دعدادي

$$\frac{3}{3}$$

12  
 12 تركيب  
 1800  
 12400  
 = 14200  
 Spend of part  
 PR selection

Doctor's Signature and Stamp





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**

Name	Habes R.,M Musleh	IDN:	784195720350685	Mother Name:	
Name (Ar)	حابس رضوان مصباح	Card Number:	082274078	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن	Sponsor Type:	06
Issue Date:	26/02/2017	Sex:	M	Sponsor Name:	مكيو موت دى - جافرا
Expiry Date:	22/02/2020	Date of Birth:	15/09/1957	Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Husband IDN:		Residency Number:	22/02/2020
Residency Type:	07	Residency Number:	20119937057204	Occupation Field:	00
ID Type:	IL	Occupation:	7212		



Photo

Signature Image

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

4/15/2019





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 10,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003388

Date: 18-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001970 - HABES MUSLEH - 971507172703

The sum of Dhs. **Ten Thousand Only**By Cash **10,000.00** / 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.

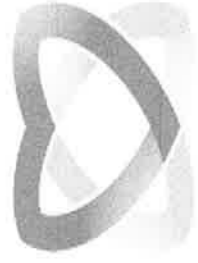
Date:

By : **ADVANCE FOR 4 IMPLANT (8800) + 12 UPPER CROWN (3600) + 6 LOWER CROWN (1800) TOTAL AMOUNT 14200 WITHOUT 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

**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 8,900.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003389)

Date:18-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001970 - HABES MUSLEH - 971507172703

The sum of Dhs. **Eight Thousand Nine Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **100.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **8,800.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-04-2019

Being **4 TOOTH IMPLANT DONE WITHOUT VAT + INJECTION**

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 : 1001970 - HABES MUSLEH - 971507172703

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004007)

Date: 11-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001970 - HABES MUSLEH - 971507172703

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred 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 1,200.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-06-2019

Being **12 TEETH CERAMIC CROWN UPPER \*300 + 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 : 1001970 - HABES MUSLEH - 971507172703

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

2020/01/22

إقرار مخالصة نهائية

أقر أنا الموقع أدناه حابيس رضوان محمود مصطلح الجنسية الاردن  
ملف رقم: 1001970

انا السيدة/ حابيس رضوان محمود لقد استلمت من مركز اوركيد الطبي المبلغ كامل المتبقي المدفوع من قبلي  
وهذا الإقرار يعتبر مخالصة نهائية لا يحق لي بعدها مطالبة مركز اوركيد الطبي بأي شئى لا مادياً ولا معنوياً  
ولا طيباً.

وعلى ذلك أوقع،،

المبلغ /1500 درهم اماراتي

مركز اوركيد الطبي

المقر بما فيه ،،،  
السيدة/ حابيس رضوان محمود مصطلح

التوقيع من زوجة صاحب العلاقة عائدة عائش عبدالله.



  
عائش عبدالله

HABES / File: 1001970

~~10000~~ PAID FROM HABES  
④ Implants FAILED

\* ⑥ Zircon X1000 = 6000  
\* Full Complete Denture (UPPER) = 10000

AT VFT  
NO 2  
6000  
10000

0500  
76702794  
880



Habes Mueleh report

4 Implants placed (Implant Direct) Early 2019 (Date unknown) with prosthesis placed later on (Date unknown also), prosthesis in screws retained Bridge.

3 out of 4 Implant Failed, patient was complaining from Bridge since Fixation Day with No response from treating Doctor (as per patient words)

- treatment plan :-

\* remove Failed Implant and replace with Bone Graft \* place New Implants in Different Location if possible \* Construct New Bridge supported by

Implants \* Continue work for lower teeth



41928301017

### LABORATORY REPORT

Name : **HABES R M MUSLEH**  
 Age/Sex : **62 Yrs /Male**  
 Lab No. : **41928301017**  
 Contact No : **971 507172703**

Referral Clinic : **Right Medical Centre**  
 Referral Doctor : **Dr Sharon Susa Kurian**  
 Reg. No : **RMC-127795573**  
 Insurar : **MaxCare**  
 Report Status : **Final Report**

### BIOCHEMISTRY

Test Name	Result	Units	Ref. Range	Method
-----------	--------	-------	------------	--------

Sample Type : serum  
 RBS -Random Blood Sugar      138      mg/dL      70 - 140      Hexokinase

----- End Of Report -----

**Administrator**

Collected on : 10-10-2019 15:48  
 Reported on : 10-10-2019 15:48  
 Authorized on : 10-10-2019 15:48

**Right Medical Centre**



41932601003

### LABORATORY REPORT

Name : **HABES R M MUSLEH** Referral Clinic : **Right Medical Centre**  
Age/Sex : **62 Yrs /Male** Referral Doctor : **Dr Sharon Susa Kurian**  
Lab No. : **41932601003** Reg. No : **RMC-127795573**  
Contact No : **971 507172703** Insurar : **Oman Insurance**  
Report Status : **Final Report**

### BIOCHEMISTRY

Test Name	Result	Units	Ref. Range	Method
-----------	--------	-------	------------	--------

Sample Type : EDTA

HbA1c	6.2	%	Normal: < 5.4% Pre-Diabetes: 5.5 - 6.4% Diabetes Mellitus: >6.5% Poor Control: >8.0%	Turbidimetric inhibition immunoassay
-------	-----	---	---	--------------------------------------

**Shaheetha Jabith** Collected on : 22-11-2019 10:44  
Biochemistry Technologist Reported on : 22-11-2019 10:44  
Authorized on : 23-11-2019 09:40

**Right Medical Centre**