



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001976

Date: 16/4/2019

Date: 16/4/2019

File Number: 1001976

Patient Name: Noorah Al-Masri

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/1988 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Sg. r. i. n. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): p. a. m. j. s. h. a. v. j. a. Phone No. (رقم الهاتف): 0502417241

E-MAIL: p. g. n. j. s. h. a. v. j. a. How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		X
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		X
Allergies هل لديك أي حساسية؟		X
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		✓
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مبيعات الدم؟		X
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		X
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟		X
Other conditions هل تعاني من أي أمراض 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 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 مصاحبة للعمليات و الإجراءات الجراحية و العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو التزيف 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 فتحي للملف الصحية 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 بكمال ارايتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / 2019

Handwritten signature in blue ink.

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	Blood Sugar (دمية السكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (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

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Norma, Ghassan,, Ibrahim	IDN:	784198281908529	Mother Name:	
Name (Ar)	نورما غسان إبراهيم	Card Number:	086182684	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	06/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	05/10/2020	Date of Birth:	01/01/1982	Sponsor Name:	ميشيل جرج جلال
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	88293623
Residency Type:	03	Residency Number:	20120113124734	Residency Expiry:	05/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/16/2019



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003359

RECEIPT VOUCHER

AED 650.00

Date: 16-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001976 - NORMA GHASSAN - 971502417241

The sum of Dhs. **Six Hundred Fifty Only**By Cash **540.00** / By Credit Card **110.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

B. g **ADVANCE FOR 3 SESSION CARBON PKG 700 AED + 1 SESSION CHEMICAL PEEL FOR FACE 500 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.ae**www.omc1.ae**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 350.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003592

Date: 05-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001976 - NORMA GHASSAN - 971502417241

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **350.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

By : **ADVANCE FOR 3 SESSION CARBON + 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
www.omc1.ae