



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001998

Date: 2014/4/19

Date: 20/4/2019

File Number: 1901998

Patient Name:

Fatima Abdullah

اسم المريض: فاطمة عبد الله حسن

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : ... / ... / ...

Gender (الجنس): M (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

أعزب/تيسر

Address (العنوان):

حيزور القفر (المنطقة: (1))

Phone No. (رقم الهاتف): 0567287337

E-MAIL: fatima.abdullah.2112@hotmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟		+	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للعنافة؟		-	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		-	
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		+	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		-	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)		+	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		-	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الكلى أو تناسلية؟		+	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مئع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		+	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		+	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		-	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		+	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		+	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc		+	



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 المؤلف.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية 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 اي ضمانات أو تأمين نتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مساحية الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم 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 لدي فتحي الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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 (دمية الدم):	
Pulse (النض):	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 , ادخال للمستشفى

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

- ① Scaling & polishing
- ② composite Fillings For 5 teeth.
- ③ RCT For 17 + 77 teeth.
- ④ crown For 1 tooth.
- ⑤ Orthodontic treatment.

composite filling + RCT for two teeth.
+ Scaling & polishing = 2100

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Dalia



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
20/4/2019	consultation only			Dr. Dabaq
27/4/2019	Scalling & polishing - [2] Composite fillings - one surface each	150 300		Dr. Dabaq
		<u>Total</u> → 450		
7/5/2019	2 composite fillings - one surface each	300		Dr. Dabaq
21/5/2019	First session of RCT	200		Dr. Dabaq
	T.F			
2/6/2019	Cleaning & Irrigation	150		Dr. Dabaq

→ + T.F For 77
8/6/2019 second session 77 + T.F → [100] Dr. Dabaq

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Suc

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	Fatima,Abdallah,Hassan,,Moamad	IDN:	784199721406173	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة عبد الله حسن بن محمد	Card Number:	082272425	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	26/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	23/02/2020	Date of Birth:	21/12/1997	Sponsor Name:	صلاح مراد درويش علي محمد اليوشي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	569132
Residency Type:	03	Residency Number:	20120143026102	Residency Expiry:	23/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

فاطمة

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

4/20/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 457.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003460)

Date:27-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001998 - FATIMA ABDALLAH - 971567287337

The sum of Dhs. **Four Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **457.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No. Date: 27-04-2019

Being **Composite Filling 2 Surfaces + SCALING & POLISHING + 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

Confirmed by : 1001998 - FATIMA ABDALLAH - 971567287337

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003614)

Date: 07-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001998 - FATIMA ABDALLAH - 971567287337

The sum of Dhs. Three Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 300.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: _____

Date: 07-05-2019

Being Composite Filling 2 Surfaces

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 : 1001998 - FATIMA ABDALLAH - 971567287337

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003747

Date: 21-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001998 - FATIMA ABDALLAH - 971567287337

The sum of Dhs. **Two Hundred Only**

By Cash **200.00** / 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: _____

_____ng **ADVANCE FOR RCT FIRST SESSION**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003924

Date: 02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001998 - FATIMA ABDALLAH - 971567287337

The sum of Dhs. One Hundred Fifty Only

By Cash **150.00** / 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:

Being **ADVANCE FOR RCT SECOND SESSION**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003981

RECEIPT VOUCHER

AED 100.00

Date: 08-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001998 - FATIMA ABDALLAH - 971567287337

The sum of Dhs. **One Hundred Only**By Cash **100.00** / 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 **د رانا** ADVANCE FOR RCT SECOND SESSIONMade 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 750.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004138)

Date:22-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001998 - FATIMA ABDALLAH - 971567287337

The sum of Dhs. **Seven Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **750.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-06-2019

Being **5 Composite Filling 1 Surface EACH**

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 : 1001998 - FATIMA ABDALLAH - 971567287337

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