



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1001999

Date: 20/11/2019

Date: 20/11/2019

File Number: 1001999

Patient Name: Sherif Abdel Basim
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/11/88 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): Egyptian Occupation (الوظيفة): Lawyer
Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 056483558
E-MAIL: Sherif.Basim@gmail.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 حديثة؟	No		
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	No		
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No		
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 مميّجات للدم؟	No		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لويميا (فقر 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 تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مئّج للحمل؟ هل تعانين 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	No		
Other conditions HSV, HIV...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، والتي 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 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك 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 الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 (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 ، ائحال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائق): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

- ① - 20 tooth veneers
- ② - shade B12
- ③ - Some composite fillings -
on the posterior $\frac{6}{6}$

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Doha



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<u>20/4/2019</u>	Primary Impression For Veneers, (BL2)	8000		<u>Dr. Dalal</u>
<u>22/4/2019</u>	- preparation of 20 tooth for veneers, - Shade BL2			<u>Dr. Dalal</u>
<u>2/5/2019</u>	Cementation of 20 tooth veneers.			<u>Dr. Dalal</u>
<u>12/5/2019</u>	Cementation of the Veneer For tooth No 15 + cleaning			<u>Dr. Dalal</u>
<u>10/6/2019</u>	Repeating veneer For tooth No 13 (broken)			<u>Dr. Dalal</u>

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

Public Data Readed Succ

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	Sherif,Abdelbasir,Mohamed,,Gadalla	IDN:	784198018285761	Mother Name:	
Name (Ar)	شريف عبدالعظيم محمد جاد الله	Card Number:	091951659	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	EGY مصر	Family ID:	
Title (Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	08
Issue Date:	27/11/2018	Date of Birth:	19/11/1980	Sponsor Name:	مؤسسة الامارات للتصالات
Expiry Date:	26/11/2021	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Residency Number:	30120107005437	Residency Expiry:	26/11/2021
Residency Type:	07	Occupation:	3435	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

4/20/2019

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الامتنان

Colour Been Chosen BL2 اللون الذي تم اختياره

Design Been Chosen Same shape as the التصميم الذي تم اختياره
Natural one

Quantity Agreed to Order 20 tooth العدد المتفق على تركيبه

Notes: ملاحظات أخرى:

I have read and agreed to the mentioned specifications above and Orchid Medical Center is not responsible of any change that not matching the above mentioned Specs.

لقد قرأت و أوافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخلي مسؤولية مركز اوركيذ الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

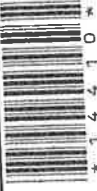
Patient Name: SHERIF ABDEL BASIR اسم المريض:

Date: 2 / 5 /2019 التاريخ: 2019 / 5 / 2

Signature: التوقيع: Dr. P. P. P.

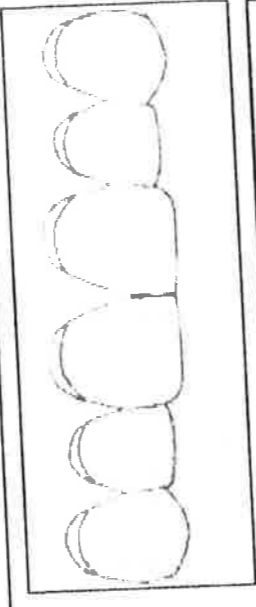


AL THURIA DENTAL LAB

Case/ Order Number		R	Teeth	L
		54321	12345	
		54321	12345	
Received	Due	Doctor	Clinic	
22/04/2019 11:33 AM	27/04/2019 11:33	dr. dalia	orchid medical centre - 90	
Patient	File No.	Mobile No.		
sherif abdel basir	1001999			

Restorations	Veneer
Metal Design	
Pontic Design	
Occlusal Staining	
Implant	
Items Sent	
Other	

Shade	BL2
Incisal	
Body	
Gingival	



NO SMILE PATTERN SELECTED

Notes Please keep this copy for warranty certificate. Valid until 5 years.



2019/05/12

اسم المريض: شريف عبد البصير

رقم الملف: 1001999

رقم الحالة من المعمل: 14410

ضمان تركيب فينير.

ضمان خمس سنوات من المختبر فيما يتعلق بفتير الاسنان, الضمان يشمل اي مشكلة ناتجة عن عيوب التصنيع او التركيب بالإضافة الى ضمان خمس سنوات من مركز اوركيد الطبي, مع مسؤولية المريض على العناية بالصحة الفموية والفحص الدوري والصحة العامة للاسنان.

الضمان لايشمل اي تكسير او ضرر ناتج عن اي حوادث او عوارض خارجية.
يبدأ الضمان من تاريخ هذه الرسالة.

شكراً لاختياركم مركز اوركيد الطبي....

2024/5/11 - 2029/5/12

شكراً من مركز أوركيد الطبي

2024/5/10 - 2029/5/11

