



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 21/4/19

Date: ... / ... / .....

File Number: 1002011.....

Patient Name: Savan amav Ali.....

إسم المريض: .....

Date Of Birth: 5/11/77 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M

Nationality: (الجنسية): U.A.E

Occupation: (الوظيفة): N.o

Address: (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0506315919

E-MAIL: .....

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

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم الذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحلات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتزر، فيروس الحلا البسيط	✓	



### 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 ترويجي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم 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 الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدته لدي فتحي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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 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 (نصيلة 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 (الكحول): Y / N

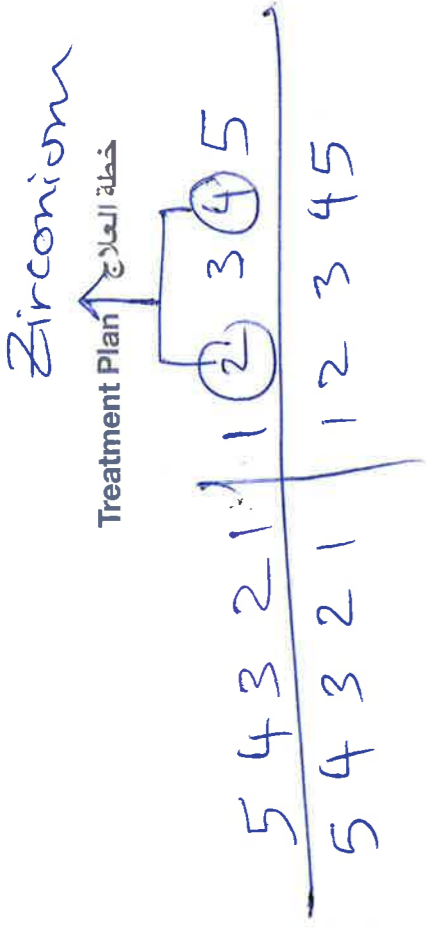
Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



- 18 tooth veneers.

- 2 Zirconium

Doctor's Signature and Stamp

*Dr. Deha*

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
21/4/2019	Impression for Veneers and Zirconia crowns. (10,900) without Vat			Dr. Dahan
23/4/2019	Preparation of 20 tooth (2 Zircon + 18 Veneers.) Shade BL2			Dr. Dahan
24/4/2019	T zone oily + dry around mouth - open pores plan: facial - PRP - Mesotherapy Procedure done: facial session (1) = 350 Pt. - WGSAM carbon laser			
29/4/2019	Cementation of 18 tooth veneers + 2 Zircon crowns cleaning in between the veneers only			Dr. Dahan

7/5/2019

cleaning in between the veneers only

Dr. Dahan

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO

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	Sarah, Omar, Ali, Alshimmari	IDN:	784197746294921	Mother Name:	
Name (Ar)	سارة عيسى علي الشمري	Card Number:	089351010	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	401004698
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	03/06/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	03/06/2028	Date of Birth:	05/09/1977	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/21/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003418

RECEIPT VOUCHER

AED 5,700.00

Date: 21-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002011 - SARA OMAR - 971506315919

The sum of Dhs. Five Thousand Seven Hundred Only

By Cash **5,700.00** / 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:

1002011 ADVANCE FOR HOLYWOOD SMILE + 2 ZIRCON CROWNS + VAT TOTAL AMOUNT 10900 + 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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003439)

Date: 24-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002011 - SARA OMAR - 971506315919

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 682.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-04-2019

Being FACIAL ONE SESSION + CARBON LASER ONE SESSION + 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 : 1002011 - SARA OMAR - 971506315919

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 11,445.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003497)

Date:29-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002011 - SARA OMAR - 971506315919

The sum of Dhs. Eleven Thousand Four Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 545.00 / By Credit Card 5,200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 5,700.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-04-2019

Being 18 TOOTH VENEER\*550 + 2 ZIRCON CROWNS\*500 + 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 : 1002011 - SARA OMAR - 971506315919

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

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen ..... BL2 ..... اللون الذي تم اختياره

Design Been Chosen ..... Same as her ..... التصميم الذي تم اختياره  
Natural teeth.

Quantity Agreed to Order ..... 18 veneers + 2 ..... العدد المتفق على تركيبه  
Zircon's.

Notes: ..... ملاحظت اخرى: .....

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 ووافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخطي مسؤولية مركز اوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: ..... SARA OMAR ALI ..... اسم المريض: .....

Date: 29 / 4 / 2019 ..... التاريخ: 2019 / /

Signature: ..... التوقيع: .....