



File No: .....

Date: 5 / 5 / 19

Date: ... / ... / ..... File Number: 1002137  
Patient Name: Mervan Mustafa اسم المريض: مervan Mustafa  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 19/07/1987 Gender (الجنس) M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Nationality (الجنسية): Egyptian Occupation (المهنة): Consultant  
Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 0104495438  
E-MAIL: Mervan.Mustafa@orchid.com How did you know about us: p.helnet

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم انكر 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 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 (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان 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 أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني 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؟	✓	الكسب الخامس
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الإيدز، 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 تزيدي 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 او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التحليلية 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 ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قسّمته لي فتحي الملف صحياً، و أتفهم 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 بكامل ارادتي

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

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

التاريخ: ٥ / ٥ / ٢٠١٦

عمان / عم كامل

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مصفية 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 ، ابحال المستشفى

Smoking (التخين): 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

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





الهيئة الاتحادية للهوية والجنسية  
FEDERAL AUTHORITY FOR IDENTITY & CITIZENSHIP



United Arab Emirates

إذن دخول إلكتروني - eVisa



0 2 3 0 1 2 0 1 9 0 7 0 0 3 1 8 2 4

عمل/هد

Entry Permit - EMPLOYMENT/IMM



إكسبو 2020  
دبي، الإمارات العربية المتحدة  
DUBAI, UNITED ARAB EMIRATES

ENTRY PERMIT NO : 301 / 2019 / 7/0031824 : إذن دخول رقم

Date & Place of Issue : 01/05/2019 : تاريخ ومطل الإصدار

NATURALIZATION AND RESIDENCY ADMINISTRATION : الإدارة العامة للإقامة وشؤون الأجانب - الشارقة

U.I.D No : 210898393 : الرقم الموحد

Allowed to enter U.A.E to : أجازت بدخول دولة الإمارات العربية المتحدة إلى

الاسم بالكامل : مروان معتز محمد كامل عامر

Full Name : MARWAN MOATAZ MOHAMED KAMEL AMER

Nationality : EGYPT : الجنسية : جمهورية مصر العربية

Date of Birth : 05/11/1988 : تاريخ الميلاد

Place of Birth : ALEXANDRIA : محل الميلاد : الإسكندرية

Passport No : A19819117 / ORDINARY PASSPORT : رقم الجواز : جواز سفر عادي / A19819117

Profession : CALL CENTRE REPRESENTATIVE : المهنة : موظف مركز الاتصال

Accompanied By : المرافقون

Sponsor

Name : AIR ARABIA P. J. S. C. (AIR ARABIA)

الكفيل

(الشركة العربية للطيران ذ م م (العربية للطيران

Address : Per No : 79704 Tel No : 00971503040797 Mob No : 0503040797 P.O.Box : 0 : العنوان

Note : PLEASE REFER TO GENERAL DIRECTORATE OF RESIDENCY AND FOREIGNERS AFFAIRS IN ORDER TO COMPLETE YOUR TRANSACTION, AND NOT TO LEAVE THE COUNTRY BEFORE CANCEL THE PERMIT OR TO STAMP THE RESIDENCY ON PASSPORT

تقديم : الرجاء مراجعة الإدارة العامة للإقامة وشؤون الأجانب لإتمام المعاملة وعدم مغادرة الدولة إلا بعد إلغاء التأشيرة أو تثبيت الإقامة

Director of Entry & Residency Department

Fees Paid

مدير إدارة أذونات الدخول والإقامة

استوفيت الرسوم

You can verify this visa through the following link

يمكنك التأكد من صحة هذه التأشيرة عبر الرابط التالي:

<https://smartservices.ica.gov.ae/echannels/web/client/default.html#/login>





## الهئية الاتحادية للهوية والجنسية FEDERAL AUTHORITY FOR IDENTITY & CITIZENSHIP



United Arab Emirates

### إذن دخول الكتروني - eVisa

- (أ) إرشادات عامة :
- 1- إذن دخول الزيارة : صلاحية (60) يوماً من تاريخ الإصدار يحول حامله البقاء وفقاً لما يلي :-  
(أ) الزيارة لمدة طويلة (90) يوم غير قابلة للتجديد . (ب) الزيارة لمدة قصيرة (30) يوم غير قابلة للتجديد .
  - 2- إذن دخول للعمل - الإقامة : صلاحية (60) يوم من تاريخ الإصدار والبقاء لمدة (60) يوم لتثبيت الإقامة أو الإلغاء والمغادرة خلال المدة السابقة .
  - 3- إذن دخول لمهمة (14) يوم : صلاحية (14) يوم من تاريخ الإصدار والبقاء لمدة (14) يوم من اليوم التالي للدخول - غير قابل للتجديد .
  - 4- إذن دخول لمهمة (90) يوم : صلاحية (60) يوم من تاريخ الإصدار والبقاء لمدة (90) يوم وعلى حامله مغادرة الدولة أو التمديد لمدة سابقة خلال سبعة أيام .
  - 5- إذن دخول للسياحة (60) يوم من تاريخ الإصدار والبقاء (30) يوم من تاريخ الدخول ويجوز تمديد مرة واحدة لمدة مساوية .

(ب) تنبيهات :

- 1- يبطل هذا الإذن إذا ظهر أي كسب أو تعديل في تفاصيله أو تبين أن وثيقة أو جواز سفر حامله غير معتد أو وجود لأي قيود أخرى
- 2- لا يجوز لغير القائمين إلى الدولة بأدوات دخول للعمل أو مهمه عمل، العمل بالبحر أو بغير أجر
- 3- على الكفيل تسليم الإذن لمركز الدخول قبل وصول المكفول

**General Instructions:**

- 1 - Entry permit (Visit): validity (60) days from date of issue.  
(a) Long stay visit for 90 days not extendable. (b) Short stay visit for (30) days not extendable.
- 2 - Entry permit (Employment / Residence) Validity (60) days from the day of issue - duration of stay (60) days from day of entry to fix residence or cancellation and leave before expiry.
- 3 - Entry permit service (14) days, validity (14) days from day of issue, duration of stay (14) days from day of entry no extension.
- 4 - Entry permit service (90) days, validity (60) days from day of issue - Duration of stay (90) days from day of entry, the bearer shall leave or extend for similar period within (7) days before expiry.
- 5 - Entry permit (Tourism): validity (60) days from day of issue - duration of stay (30) days from day of entry and extendable one time for a similar period.

**Notes:**

- 1 - Permit become invalid if any change, alteration and amendment occur in details or passport, travel document of the bearer found un accredited or any other records found against him.
- 2 - Bearer of entry permit is not allowed to work paid or unpaid.
- 3 - Original entry permit shall be submitted to the entry inlet before person arrival.



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003707)

Date: 18-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002137 - MARWAN 00. - 971504495438

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 500.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-05-2019

Being EXTRACTION OF TOOTH NUMBER 8 BROKEN

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 : 1002137 - MARWAN 00. - 971504495438

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