



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002158

Date: 2015/2019

File Number: 1002158

Date: 2015/2019  
Patient Name: Peter Hakhoul .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/02/1999 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Nationality (الجنسية): Lebanon Occupation (الوظيفة): Engineer  
Address (العنوان): Duhai, Sheffied Damac Phone No. (رقم الهاتف): .....  
E-MAIL: Peterhakhoul@gmail.com ..... How did you know about us: Friend .....

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟	No		
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات 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 مميعات الدم؟	No		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)	No		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو تناسلية؟	No		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No		
Other conditions HSV, HIV ...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط 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: 2015/11/9

### 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 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 تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالأدنى 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 لي فتحي للملف الصحية. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 بأكمل ارائتي

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 (نمط الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية	
Medications الأدوية	
Pregnancy الحمل	
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 Filling s-
  - ③ veneer for 19 tooth.
- $19 \times 495 = 9,405$
- vat لصق

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Daba

FILE NO#:

PATIENT NAME:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<u>20/5/2019</u>	Veneers → Shade BL2 → Cement WO Impression (study cast) For veneers. 19 tooth			<u>Dr. Dahi</u>
<u>21/5/2019</u>	Preparation of 19 tooth + Impression + Bite registration			<u>Dr. Dahi</u>
<u>27/5/2019</u>	Cementation of 19 tooth.			<u>Dr. Dahi</u>
<u>29/5/2019</u>	Cleaning in between veneers.			<u>Dr. Dahi</u>
<u>6-5-2019</u>	Veneers 4 21/2 قابلة للتغيير			

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Peter, Makhoul	IDN:	784199087621704	Mother Name:	
Name (Ar)	بيتر جريس مكيول	Card Number:	081247346	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	15/12/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	11/12/2018	Date of Birth:	17/02/1990	Sponsor Name:	شركة الحجاز للمعدات الميكانيكية ذ م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120162599429	Residency Expiry:	11/12/2018
ID Type:	IL	Occupation:	2143	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/20/2019

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة  
Driving License رخصة قيادة

رقم الرخصة: 3402836  
الاسم: بيتر جريش مفلح

الجنسية: لبنان  
تاريخ الميلاد: 17/02/1990  
تاريخ الاصدار: 15/01/2015  
تاريخ الانتهاء: 22/01/2025  
جهة الاصدار: دبي

سلطة الترخيص: edl121286 Licensing Authority





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003733

Date: 20-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691**The sum of Dhs. **Four Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **4,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

 **Big ADVANCE FOR VENER 19 TOOTH TOTAL AMOUNT 9405 + 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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



**ORCHID MEDICAL CENTER**

**MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE**

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
19 Tooth	495 Per Tooth	9405	4000	—	✓		

**BALANCE AMOUNT**

**INSTALLMENT DETAILS**


BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
Mashreq Bank	5-6-19	000019	1175	
N N	5-7-19	000020	1175	
N N	5-8-19	000021	1175	
N N	5-9-19	000022	1175	
N N	5-10-19	000024	1175	

TOTAL 5875

31  
21/05/2019

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:

NAME & SIGNATURE WITH DT : Hiba.



mashreq  المشرف

KARAMA - DUBAI

Date 05/06/19 التاريخ

Pay against this Cheque to or the Bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى او حامله

Orchid Medical Center

رقم الشيك AED # 1,175.00

Dirhams One thousand one Hundred

Seventy Five Dirhams only

PETER MAKHOUL



Mashreqbank psc

Cheque No

لا يكتب تحت هذا الخط

١١٠٠٠٠٠ ٢١٠٩٠٣٣ ٢٠١٨٨٨٠١١٩ ١٠٠ ٢٠٦٨ ٢٦١١

mashreq  المشرف

KARAMA - DUBAI

Date 05/07/19 التاريخ

Pay against this Cheque to or the Bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى او حامله

Orchid Medical Center

رقم الشيك AED # 1,175.00

Dirhams One thousand one Hundred

Seventy Five Dirhams only

PETER MAKHOUL



Mashreqbank psc

Cheque No

لا يكتب تحت هذا الخط

١١٠٠٠٠٠ ٢١٠٩٠٣٣ ٢٠١٨٨٨٠١١٩ ١٠٠ ٢٠٦٨ ٢٦١١

mashreq  المشرف

KARAMA - DUBAI

Date 05/08/19 التاريخ

Pay against this Cheque to or the Bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى او حامله

Orchid Medical Center

رقم الشيك AED # 1,175.00

Dirhams one thousand one Hundred

Seventy Five Dirhams only

PETER MAKHOUL



Mashreqbank psc

Cheque No

لا يكتب تحت هذا الخط

١١٠٠٠٠٠ ٢١٠٩٠٣٣ ٢٠١٨٨٨٠١١٩ ١٠٠ ٢٠٦٨ ٢٦١١



KARAMA - DUBAI

Pay against this Cheque to  
or the Bearer

Orchid Medical Center

Dirhams One Thousand One Hundred

Seventy five Dirhams only

PETER MAKHOUL

Mashreqbank psc

Account No

١٠٠٠٠٠٠ ٢٤:٩٠٣٣ ٢٠١٨٨٨:١٠٩ ١٠٠٢٠٦٦٨ ٢٦

Date 05/09/19

التاريخ

١٠٩٠٠٠٠٠ ٢٤:٩٠٣٣ ٢٠١٨٨٨:١٠٩ ١٠٠٢٠٦٦٨ ٢٦

*[Signature]*

لا تقبل تحت هذا الخط



KARAMA - DUBAI

Pay against this Cheque to  
or the Bearer

Orchid Medical Center

Dirhams One Thousand One Hundred

Seventy five Dirhams only

PETER MAKHOUL

Mashreqbank psc

Account No

١٠٠٠٠٠٠ ٢٤:٩٠٣٣ ٢٠١٨٨٨:١٠٩ ١٠٠٢٠٦٦٨ ٢٦

Date 05/10/19

التاريخ

١٠٩٠٠٠٠٠ ٢٤:٩٠٣٣ ٢٠١٨٨٨:١٠٩ ١٠٠٢٠٦٦٨ ٢٦

*[Signature]*

لا تقبل تحت هذا الخط

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

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

Design Been Chosen ..... Normal but little bunny smile. ..... التصميم الذي تم اختياره

Quantity Agreed to Order ..... ..... العدد المتفق على تركيبه

Notes: ..... one tooth is cracked upper ..... ملاحظات أخرى:  
Central in size left side

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 المذكور إليها.

Patient Name: ..... PETER MAKHOUL ..... اسم المريض:

Date: 27 / 5 / 2019 / ..... التاريخ: 2019 /

Signature: .....  ..... التوقيع:





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004089)

Date:18-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

The sum of Dhs. **Four Thousand Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **4,000.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-06-2019

Being **19 teeth veneers + vat first payment 4000 and the rest by 5 cheques**

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 : 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

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 1,175.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004285)

Date: 02-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **1,175.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: 02-07-2019

Being CHQ NO : 000019 AL MASHREQ BANK DATE 5-6-2019

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 : 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

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 1,175.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004694)

Date:08-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 1,175.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. 000020

Date: 08-08-2019

Being CHQ # 000020/05.07.2019/MASHREQ

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 : 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

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 1,175.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004695)

Date: 08-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **1,175.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**Bank: Cheque No. **000021**Date: **08-08-2019**Being **CHQ # 000021/05.08.2019/MASHREQ**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 : 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,175.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005415)

Date:07-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **1,175.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. **000024**

Date: **07-10-2019**

Being against chq no **000024** dated **5-10-2019** mashreq bank

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 : 1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691

---

**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 1,175.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005416)

Date:07-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691**

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **1,175.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. **000022**

Date: **07-10-2019**

Being **against chq no 000022 dated 5-9-2019 mashreq bank**

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 : **1002158 - PETER MAKHOUL - 971565030691**

---

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