



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 25/5/19

Date: ... / ... /

File Number: 1002185

Patient Name: M. M. Waddah

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24/6/86 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 055.1115.140

E-MAIL:

How did you know about us: BANA HUSB

| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|---|--------------------|---|
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟ | + | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات 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 (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم) | + | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، 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؟ | + | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | + | |
| Other conditions 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 إقرار 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار 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 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 قدمته لي فتحتي الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (فصيلة الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اذخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تداعطي العقاقير) : Y / N


General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Treatment Plan خطة العلاج

- ① Scaling & polishing
- ② Extraction of 
- ③ Veneers. 20 tooth 7500
(31-)
25/05/2019

29/5/2019

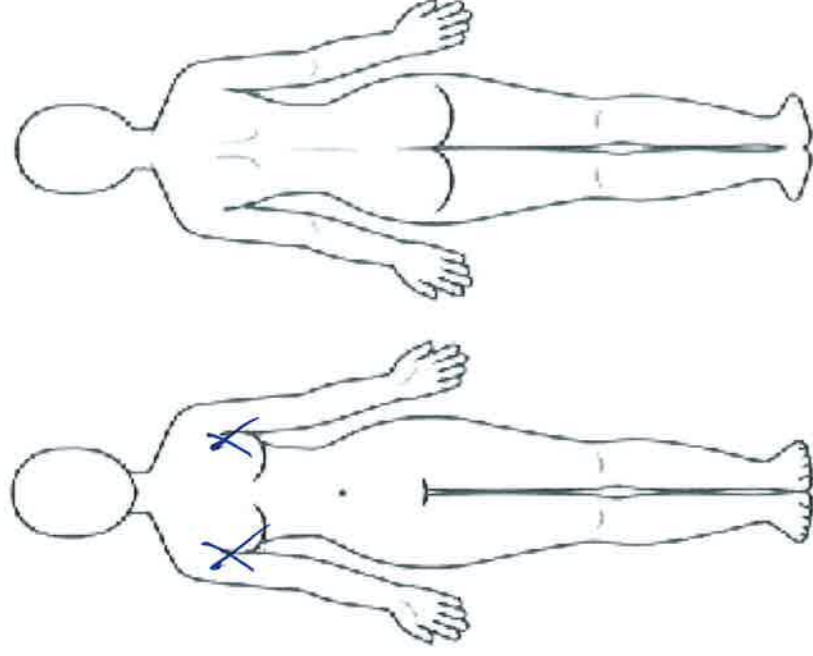
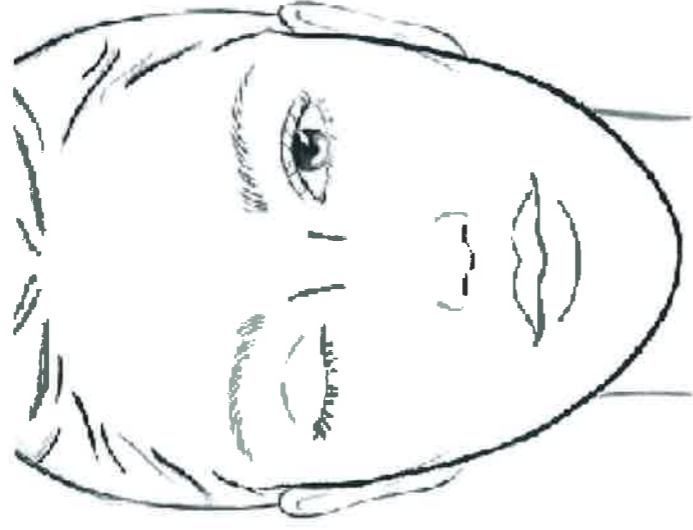
- ① ~~Cast~~ Primary Impression For study
- ② Cast (veneers 20 tooth).
requested shade B L2 + translucency
in the incisal edges + not to prepare
much from the teeth.

Treatment done B L2

17/6/2019
Preparation of 20 tooth +
Final Impression + bite registration
Dr. Dabiq

25/6/2019
Cementation of 20 tooth
veneers
Cleaning & polishing
Dr. Dabiq

Patient's Name: **MANHAL WADDAT**
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No
 رقم الملف:
 1002185



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 8/9/19 | | | | | |
| Treatment Area | axilla | | | | | |
| Hair Type | M | | | | | |
| Mode | ND YAG | | | | | |
| Fluence | 15200 mJ | | | | | |
| Pulse Type | | | | | | |
| CMF Pulse | | | | | | |
| Passes | 1 | | | | | |
| Starting Time | 4:30 | | | | | |
| Finish Time | | | | | | |
| Post Treatment | Ameloid | | | | | |
| | <i>[Signature]</i> | | | | | |

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003784

RECEIPT VOUCHER

AED 3,000.00

Date: 25-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223

The sum of Dhs. **Three Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 20 TOOTH VENEER 9900+ 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
www.omc1.ae



HSBC Bank Middle East Limited
United Arab Emirates

DUBAI

Date 05/06/2019 التاريخ

بنك إتش إس بي سي الشرق الأوسط المحدود
الإمارات العربية المتحدة

PAY

Orchid Medical Center

against this cheque

الدفعوا بموجب هذا الشيك

Dirhams

One Thousand Six Hundred

AED 1625/-

Twenty Five Only

تأشرون في جبرسي، جزر القنار.

MR MANHAL WADDAH
021 667852 001

This cheque paper contains an NCR watermark

076626

To verify hold to the light

Tamper evident UV

Please do not write below this line

١٠٠ ٠ ٧ ٦ ٦ ٦ ٢ ٦ ٠ ٣ ٠ ٢ ٠ ٢ ٠ ١ ٢ ٠ ١ ٠ ٠ ٦ ٦ ٦ ٦ ٨ ٥ ٢ ٠ ٠ ١ ٠ ٠



HSBC Bank Middle East Limited
United Arab Emirates

DUBAI

Date 05/07/2019 التاريخ

بنك إتش إس بي سي الشرق الأوسط المحدود
الإمارات العربية المتحدة

PAY

Orchid Medical Center

against this cheque

الدفعوا بموجب هذا الشيك

Dirhams

One Thousand Six Hundred

AED 1625/-

Twenty Five Only

تأشرون في جبرسي، جزر القنار.

MR MANHAL WADDAH
021 667852 001

This cheque paper contains an NCR watermark

076625

To verify hold to the light

Tamper evident UV

Please do not write below this line

١٠٠ ٠ ٧ ٦ ٦ ٦ ٢ ٦ ٠ ٣ ٠ ٢ ٠ ٢ ٠ ١ ٢ ٠ ١ ٠ ٠ ٦ ٦ ٦ ٦ ٨ ٥ ٢ ٠ ٠ ١ ٠ ٠



HSBC Bank Middle East Limited
United Arab Emirates

DUBAI

Date 05/08/2019 التاريخ

بنك إتش إس بي سي الشرق الأوسط المحدود
الإمارات العربية المتحدة

PAY

Orchid Medical Center

against this cheque

الدفعوا بموجب هذا الشيك

Dirhams

One Thousand Six Hundred

AED 1625/-

Twenty Five Only

تأشرون في جبرسي، جزر القنار.

MR MANHAL WADDAH
021 667852 001

This cheque paper contains an NCR watermark

076624

To verify hold to the light

Tamper evident UV

Please do not write below this line

١٠٠ ٠ ٧ ٦ ٦ ٦ ٢ ٦ ٠ ٣ ٠ ٢ ٠ ٢ ٠ ١ ٢ ٠ ١ ٠ ٠ ٦ ٦ ٦ ٦ ٨ ٥ ٢ ٠ ٠ ١ ٠ ٠

ORCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

| NO: TEETH | RATE / TEETH | TOTAL AMT OF TREATMENT: | ADVANCE COLLECTED | CASH | CARD | CHEQUE | BALANCE |
|--------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|------|------|--------|---------|
| 20 Teeth Veneer | 375/ Per tooth | 7500 | 3000 | | — | | |

BALANCE AMOUNT

INSTALLMENT DETAILS

| BANK NAME | DT: CHQ | CHQ # | INSTALLMENT AMT | CHQ REPLACEMENT DETAILS |
|-----------|---------|--------|-----------------|-------------------------|
| HSBC | 5-6-19 | 076626 | 1625 | |
| HSBC | 5-7-19 | 076625 | 1625 | |
| HSBC | 5-8-19 | 076624 | 1625 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

TOTAL 4875

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:

NAME & SIGNATURE WITH DT: HIBA

[Signature]
27/05/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003994

RECEIPT VOUCHER

AED 1,625.00

Date: 09-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223**The sum of Dhs. **One Thousand Six Hundred Twenty Five Only**By Cash **1,625.00** / 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:

E.g **ADVANCE FOR VENEERS**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.aewww.omc1.ae

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen B.L2 اللون الذي تم اختياره.....

Design Been Chosen Normal design
as his Natural teeth. التصميم الذي تم اختياره
Quantity Agreed to Order..... 20 teeth العدد المتفق على تركيبه.....

Notes:..... ملاحظات 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 و أوافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخلي مسؤولية مركز اوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: MANIPAL WADDAH اسم المريض:

Date: 25 / 6 / 2019 التاريخ: 2019 / 06 / 25

Signature:..... التوقيع:.....



التاريخ: ٢٠١٩/٧/٢٥

الموضوع: لا مانع من التصوير و النشر

أنا الموقع أدناه منهد وادب لا مانع لدي من تصوير و نشر صور او فيديو لي تم تصويره داخل مركز أوركي الطبي على حسابات مركز أوركي الطبي على وسائل التواصل الإجتماعية و الانترنت ولهم كامل الموافقة في النشر.

الاسم: Manhad waddah

التوقيع: 



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,625.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004293)

Date:02-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223

The sum of Dhs. One Thousand Six Hundred Twenty-Five 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 1,625.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-07-2019

Being

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 : 1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004292)

Date:02-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223

The sum of Dhs. **Three 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 **3,000.00**

Bank: Cheque No.

Date: **02-07-2019**

Being **VENEERS 20 TEETH 7500 + 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 : 1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 78.75

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005025)

Date: 08-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223

The sum of Dhs. Seventy-Eight Dirhams and Seventy-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 78.75 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-09-2019

Being UNDER ARMS + VAT 50 % DISCOUNT

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 : 1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,625.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005102)

Date:15-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223

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

By Cash 1,625.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-09-2019

Being LAST PAYMENT FOR VEEERS

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 : 1002185 - MANHAL WADDAH - 971503055223

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