

File No:

Date: 26 / 5 / 2019

Date: ... / ... / File Number: 1002193

Patient Name: Bilal Khalid Gandil اسم المريض: بلال خليل غانديل

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 15 / 1 / 1987 Gender (الجنس): (M) / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Jordan Occupation (الوظيفة): Civil Engr

Address (العنوان): Umm Al-Qawan Phone No. (رقم الهاتف): 0561568332

E-MAIL: Bilal_gandil@hotmail.com How did you know about us: google

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



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 يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المصالح باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تعمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدسته لدى فتحي الملف صحيحة. و اتفهم ان اي 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 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 (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm (النبض): ppm
Height (الطول): cm (الطول): cm
Blood Pressure (ضغط الدم): / (ضغط الدم): /
Blood Type (فصيلة الدم): (فصيلة الدم):
Blood Sugar (سكر الدم): (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 (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

5-2x8
 ↳ 6
 ↳ 6
 ↳ 6
 5x7 x 10
 4-7x10

b.g
 2200 x 3 + B.G
 900
 Extraction

6600
 1600

8200

A 100 Injection
 x 5% VAT

8715
 - 4000 Paid
 4715

Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Bilal,Khaled,Abdel Rahman,,Qandeel	IDN:	784198713530594	Mother Name:	
Name (Ar)	بلال خالد عبدالرحمن,, قنديل	Card Number:	091160692	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	07/10/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	05/10/2020	Date of Birth:	31/05/1987	Sponsor Name:	الكبير لإعمال تنفيذ التصميم الداخلي ش ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182491899	Residency Expiry:	05/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	2142	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

5/26/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003790

RECEIPT VOUCHER

AED 4,000.00

Date: 26-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002193 - BILAL O - 971505688332

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:

Being **ADVANCE FOR 5 TEETH IMPLANT 2200*5**Paid 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**

ORCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
3 implant 1 B.G Extraction	2200 900 700	8,715	4000		/		

BALANCE AMOUNT
INSTALLMENT DETAILS

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
ENBD	15/06/2019	000018	1715	
ENBD	15/07/2019	000015	1500	
ENBD	15/08/2019	000016	1500	
TOTAL 4,715				

Completed
5/5/19

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:
NAME & SIGNATURE WITH DT: Hibay

[Signature]
29/05/2019

Emirates NBD
AL QUSAIS BRANCH DXB

بنك الإمارات دبي الوطني

Date 15/06/2019 التاريخ
ادفعوا بموجب
هذا الشيك

Pay against
this cheque
or bearer
Dirhams
Orchid Medical Center
One Thousand Seven
Hundred Fifteen Only

أو لحامله
#1715/ درهم

BILAL KHALED ABDEL RAHMAN GANDEEL
A/C No. 101 46457080 01
IBAN: AE60 0260 0010 1464 5708 001

Signature(s)
Please do not write below this line

١١٠٠٠٠٠٠١٦٨٠٠٠٢٦٢٠١٣٢٠١١٤٦٤٥٧٠٨٠٠٠١

Emirates NBD
AL QUSAIS BRANCH DXB

بنك الإمارات دبي الوطني

Date 15/7/2019 التاريخ
ادفعوا بموجب
هذا الشيك

Pay against
this cheque
or bearer
Dirhams
مركز أوركييد الطبية
ألف وخمسة عشر
مئة درهم

أو لحامله
AED 1500 درهم

BILAL KHALED ABDEL RAHMAN GANDEEL
A/C No. 101 46457080 01
IBAN: AE60 0260 0010 1464 5708 001

Signature(s)
Please do not write below this line

١١٠٠٠٠٠٠١٥٠٠٠٢٦٢٠١٣٢٠١١٤٦٤٥٧٠٨٠٠٠١

Emirates NBD
AL QUSAIS BRANCH DXB

بنك الإمارات دبي الوطني

Date 15/8/2019 التاريخ
ادفعوا بموجب
هذا الشيك

Pay against
this cheque
or bearer
Dirhams
مركز أوركييد الطبية
ألف وخمسة عشر
مئة درهم

أو لحامله
AED 1500 درهم

BILAL KHALED ABDEL RAHMAN GANDEEL
A/C No. 101 46457080 01
IBAN: AE60 0260 0010 1464 5708 001

Signature(s)
Please do not write below this line

١١٠٠٠٠٠٠١٦٨٠٠٠٢٦٢٠١٣٢٠١١٤٦٤٥٧٠٨٠٠٠١



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003857)

Date: 30-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002193 - BILAL QANDEEL - 971505688332

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: 30-05-2019

Being BAL AMOUNT OF 4710, CHQ COLLECTED ENBD 15.06.2019-000018-1715 ENBD 15.07.2019-000015-1500 ENBD 15.08.2019-000016-1500

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 : 1002193 - BILAL QANDEEL - 971505688332

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004125)

Date: 20-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002193 - BILAL QANDEEL - 971505688332

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-06-2019

Being SCALING AND POLISHING + 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 : 1002193 - BILAL QANDEEL - 971505688332

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004776

Date: 17-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002193 - BILAL QANDEEL - 971505688332**

The sum of Dhs. **Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **5.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: **1200**

Cheque No. **01 Jan 1900**

Being **RECIEVED FROM CHEQUE NUMBER 1002193 5 AED EXTRA FROM THE CHEQUE**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,495.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004775)

Date:17-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002193 - BILAL QANDEEL - 971505688332

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 1,495.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. 000016

Date: 17-08-2019

Being **CHQUE NUMBER 000016 DATE 15/8/2019 EMIRATES NBD**

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 : 1002193 - BILAL QANDEEL - 971505688332

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