



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 27/5/19

Date: ... / ... / ..... File Number: ١٥٥٢١٩٨

Patient Name: ....., اسم المريض: عبد الله

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1998.06.06, Gender (الجنس) [M] / F, Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): ....., Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): ....., Phone No. (رقم الهاتف): 2393414

E-MAIL: ....., How did you know about us: .....

| التاريخ الطبي<br>Medical History  | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل |
|---|--------------------|---|
| <b>Medical Condition</b><br>الحالة الطبية   |                    |   |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟  | ✓                  |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | ✓                  |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | ✓                  |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | ✓                  |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | ✓                  |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | ✓                  |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)   | ✓                  |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى   | ✓                  |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | ✓                  |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟  | ✓                  |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | ✓                  |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | ✓                  |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | ✓                  |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  | ✓                  |   |
| Other conditions<br>HSV, HIV...etc<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 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 توثيق العلاج 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 أدرك ان 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحى الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2019/5/27

## Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg (الوزن): cm (الطول): cm (الطول): Blood Type (دم فصيلة الدم): Blood Type (دم فصيلة الدم):  
Pulse (النبض): ppm (النبض): / (ضغط الدم): / (ضغط الدم): Blood Sugar (دم سكر الدم): Blood Sugar (دم سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....  
*Dr. Sabar*



PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE             | TREATMENT   | PAYMENT    | BALANCE | SIGNATURE       |
|------------------|---|------------|---------|-----------------|
| <u>27/5/2019</u> | RCT For <u>51</u> tooth<br>First session<br>(abscess is there)  | <u>250</u> |         | <u>Dr. Dahi</u> |
| <u>2/6/2019</u>  | Irrigation of <u>51</u><br>tooth with cleaning<br>of the canals +<br>T.F  |            |         | <u>Dr. Dahi</u> |
| <u>9/6/2019</u>  | Pain on the tooth <u>51</u><br>Irrigation with Normal<br>Saline + <del>NaCl</del><br>Na (HCl)2 has been<br>Used with Calcein<br>medicament + Cotton<br>without T.F<br>/ Pus is there in a big<br>amount not responding<br>to the antibiotics. | <u>250</u> |         | <u>Dr. Dahi</u> |
| <u>18/6/2019</u> | Final Filling of<br>RCT and composite<br>Filling  |            |         |                 |

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO~

Public Data Readed Sucr

SHOW READED DATA

Confirm 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            | Abdalla,Salim,Humaid,Salim,Alkindi  | IDN:              | 784199382603084                 | Mother Name:      | Fatima Saeed |
| Name (Ar)       | عبدالله بن سالم حميد بن سالم الكندي | Card Number:      | 066507061                       | Mother Name (Ar): | فاطمة سعيد   |
| Title:          |                                     | Nationality (Ar): | ARE<br>الإمارات العربية المتحدة | Family ID:        | 305001617    |
| Title(Ar):      |                                     | Sex:              | M                               | Sponsor Type:     |              |
| Issue Date:     | 29/12/2013                          | Date of Birth:    | 06/06/1993                      | Sponsor Name:     |              |
| Expiry Date:    | 29/12/2023                          | Husband IDN:      |                                 | Sponsor Number:   |              |
| Marital Status: | 01                                  | Residency Number: |                                 | Residency Expiry: |              |
| Residency Type: |                                     | Occupation:       | 98                              | Occupation Field: | 00           |
| ID Type:        | ID                                  |                   |                                 |                   |              |



Photo



Signature Image

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

5/27/2019



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003802

Date: 27-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002198 - ABDULLAH SALIM - 971502393414

The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **200.00** / 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:

 **g ADVANCE FOR RCT DENTAL TREATMENT**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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004095)

Date:18-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002198 - ABDULLAH SALIM - 971502393414

The sum of Dhs. **Four Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **250.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **200.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-06-2019

Being **RCT**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 : 1002198 - ABDULLAH SALIM - 971502393414

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