



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 28/5/19

Date: ... / ... / File Number: 1002210
Patient Name: Rashid Al Marri اسم المريض
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single
Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): دبي / النخيل
E-MAIL: ahmed.2002@netmail.com Phone No. (رقم الهاتف): 0512110000
How did you know about us: Google

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا
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) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر 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 تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقومصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف 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 فحسني للملف صحية. و أتفهم ان اي معلومات تتطرق 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 اراضي

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

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة 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 ، اذخار 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 for 4
- + 13 teeth.
- ③ veneers. (20 tooth)

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Dabiq

FILE NO#:

PATIENT NAME:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<u>28/5/2019</u>	Impression (study Cast). For veneers 20 tooth (9900) without vat			<u>Dr. Dabiq</u>
<u>29/5/2019</u>	preparation of [20] tooth. + Final impression + bite registration BLI has been choosen			<u>Dr. Dabiq</u>
<u>3/6/2019</u>	Cementation of 20 tooth. (cement shade is W0)			<u>Dr. Dabiq</u>
<u>8/6/2019</u>	Cleaning of veneers.			<u>Dr. Dabiq</u>

10/6/2019

Impression For night guard

[250]

Dr. Dabiq



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003830

Date: 29-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002210 - RASHID 0 - 971507115522**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 20 teeth venner 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

ORCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

Rashid 1002210

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
20 Teeth Veneer	495/Teeth	9900	4000		/		

**BALANCE AMOUNT
INSTALLMENT DETAILS**

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
Al Hilal	28-6-19	000104	1066	<p>Collected by Rashid 30/5/2019</p> <p>29-5-19</p> <p>Rashid</p>
~	28-7-19	000105	1066	
~	28-8-19	000103	1066	
~	28-9-19	000102	1066	
~	28-10-19	000101	1066	
~	28-11-19	000100	1066	

TOTAL 6396

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

000100

al hilal bank

Al Twar

DATE 28/11/2019

Orchid Medical Center
One Thousand Sixty Six
Only

#1066/-

RASHED KHALIFA AHMAD B ALMARRI
027115522014

(Signature)

0000 1000 2053 20 1000 7 155220 14

000101

al hilal bank

Al Twar

DATE 28/10/2019

Orchid Medical Center
One Thousand Sixty Six
Only

#1066/-

RASHED KHALIFA AHMAD B ALMARRI
027115522014

(Signature)

0000 10 10 2053 20 1000 7 155220 14

000102

al hilal bank

Al Twar

DATE 28/09/2019

Orchid Medical Center
One Thousand Sixty Six
Only

#1066/-

RASHED KHALIFA AHMAD B ALMARRI
027115522014

(Signature)

0000 10 20 2053 20 1000 7 155220 14

000103

al hilal bank

Al Twar

28/05/2019

Orchid Medical Center
One Thousand Sixty Six
Only

#1066/-

RASHED KHALIFA AHMAD B ALMARRI
027115522014

000103 205320 1000 7115522014

000105

al hilal bank

Al Twar

28/07/2019

Orchid Medical Center
One Thousand Sixty Six Only

#1066/-

RASHED KHALIFA AHMAD B ALMARRI
027115522014

000105 205320 1000 7115522014

000104

al hilal bank

Al Twar

28/06/2019

Orchid Medical Center
One Thousand Sixty Six Only

#1066/-

RASHED KHALIFA AHMAD B ALMARRI
027115522014

000104 205320 1000 7115522014

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen **BLI** اللون الذي تم اختياره.....

Design Been Chosen **Normal design
Same as his Natural teeth.** التصميم الذي تم اختياره.....

Quantity Agreed to Order..... 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 وافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخطي مسؤولية مركز اوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: **RASHID AL MARRI** اسم المريض:.....

Date: **3 / 6 /2019** / التاريخ: **2019 / /**

Signature:..... التوقيع: 



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004002)

Date:10-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002210 - RASHID ALMARRI - 971507115522

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

Bank: Cheque No.

Date: 10-06-2019

Being **IMPRESSION FOR NIGHT GUARD**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 : 1002210 - RASHID ALMARRI - 971507115522

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004091)

Date: 18-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002210 - RASHID ALMARRI - 971507115522

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 **20 teeth veneers offer 9900 + vat and the rest paid by 6 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 : 1002210 - RASHID ALMARRI - 971507115522

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,066.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006526)

Date:14-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002210 - RASHID ALMARRI - 971507115522

The sum of Dhs. One Thousand Sixty-Six Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,066.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-12-2019

Being AGAINST CHQ NO:000100 DATED ON 28-11-2019

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 : 1002210 - RASHID ALMARRI - 971507115522

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,066.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005420)

Date: 07-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002210 - RASHID ALMARRI - 971507115522

The sum of Dhs. **One Thousand Sixty-Six Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **1,066.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No. 000102

Date: 07-10-2019

Being **AGAINST CHQ NO 000102 DATED 28-9-2019 AL HILAL BANK**

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 : 1002210 - RASHID ALMARRI - 971507115522

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